



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

## ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

“ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS (APP) Y SU RELACIÓN CON EL  
SERVICIO EFICIENTE EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD EN EL DISTRITO  
DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO, LIMA, PERIODO 2017: CASO HOSPITAL  
GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
MAESTRO EN GESTIÓN DE INVERSIÓN PÚBLICA

AUTOR:

VERÓNICA LUCÍA VARGAS SANCHO

ASESOR:

DRA. MARÍA DIANA TORRES CARPIO

JURADO:

DRA. SILVIA REYNA DÁVILA

DR. MARIO SABINO VALCARCEL ARAGÓN

DR. ABRAHAM JOSÉ ZAMBRANO CALLE

LIMA – PERÚ  
2020

DEDICATORIA:

A mis queridos padres: Leandro y Dionisia

Gracias por su inmenso amor, por el apoyo incondicional.

A mi querido José, a mis adorados hijos Karla, Luis

y Ximena, gracias por ser mi inspiración y motivo en mi

desarrollo profesional.

### AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, a Dios, por darme vida y salud.

A mi familia por la paciencia y el apoyo incondicional

A mi asesora Dra. María Diana Torres Carpio, por su gran apoyo metodológico para la consecución del presente trabajo.

## INDICE

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos .....	3
Resumen .....	8
Abstract .....	9
I. INTRODUCCIÓN .....	10
1.1. Planteamiento del problema .....	12
1.2. Descripción del problema .....	12
1.3. Formulación del problema .....	14
1.3.1. Problema General .....	14
1.3.2. Problemas Específicos .....	14
1.4. Antecedentes .....	14
1.4.1. Antecedentes internacionales .....	14
1.4.2. Antecedentes nacionales .....	22
1.5. Justificación de la investigación .....	26
1.6. Limitaciones de la investigación .....	27
1.7. Objetivos .....	28
1.7.1 Objetivo general .....	28
1.7.2. Objetivos Específicos .....	28
1.8. Hipótesis .....	29
1.8.1 Hipótesis general .....	29
1.8.2. Hipótesis Específicas .....	29
II. MARCO TEÓRICO .....	29

2.1.	Teorías generales relacionadas al tema.....	29
2.1.1.	El acceso a la salud.....	29
2.1.2.	Déficit de recursos humanos .....	32
2.1.3.	Brechas de Infraestructura hospitalaria .....	37
2.1.4.	Naturaleza de la prestación del servicio de salud .....	42
2.1.5.	El rol supervisor del Estado peruano en el sector salud .....	44
2.1.6.	La potestad sancionadora de la Superintendencia Nacional de Salud .....	46
2.1.7.	Alcance de las Asociaciones Público-Privadas en Europa y América Latina..	50
2.2.	Bases Teóricas especializadas en el tema .....	54
2.2.1.	Las Asociaciones Público-Privadas .....	54
2.2.2.	Los Contratos de Asociaciones Público-Privadas: teorías de los contratos ....	56
2.2.3.	Tipologías de contratos de Asociaciones Público-Privadas .....	62
2.2.4.	Modelos de Asociaciones Público-Privadas en el sector salud .....	64
2.2.5.	La Inversión Privada en el sector público .....	68
2.2.6.	Marco Institucional para las Asociaciones Público-Privadas .....	76
2.2.6.1.	Marco Normativo .....	77
2.2.6.2.	Riesgos en la estructuración de proyectos APP .....	78
2.2.7.	El Desempeño Laboral .....	82
2.2.8.	La eficiencia en el servicio de salud .....	83
2.2.9.	Medición del desempeño de los servicios de salud .....	86
2.2.10.	El servicio público .....	90
2.2.11.	Provisión de servicios de salud pública .....	93
2.2.12.	La calidad del servicio público .....	96

2.2.13. La acreditación de los Establecimientos de Salud .....	101
2.3. Marco Conceptual .....	103
2.3.1. Proyectos de Inversión .....	103
2.3.2. Concepto de Privatización .....	103
2.3.3. Concepto de Concesión .....	104
2.3.4. Rentabilidad social .....	104
2.3.5. Rentabilidad financiera .....	104
2.3.6. Valor por dinero .....	105
III. MÉTODO .....	105
3.1. Tipo de Investigación .....	105
3.2. Población y muestra .....	105
3.3. Operacionalización de variables .....	107
3.4. Instrumentos de recolección de datos .....	108
3.5. Procedimientos .....	109
3.6. Análisis de datos .....	110
IV. RESULTADOS .....	111
4.1. Contrastación de Hipótesis .....	111
4.2. Análisis e interpretación .....	112
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	132
VI. CONCLUSIONES .....	134
VII. RECOMENDACIONES .....	134
VIII. REFERENCIAS.....	136
IX. ANEXOS .....	151

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Modelos de Asociación Público Privadas en el Sector Salud
Tabla 2	Proyectos concluidos - Obras por Impuestos
Tabla 3	Proyectos adjudicados – Obras por Impuestos
Tabla 4	Proyectos APP por convocar EsSalud
Tabla 5	APP en fase de operación 2019

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i>	Recursos humanos en el Sector Salud 2017
<i>Figura 2.</i>	Recursos humanos por Región e Institución
<i>Figura 3.</i>	Brecha de Nueva Infraestructura en EsSalud
<i>Figura 4.</i>	Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD
<i>Figura 5.</i>	Distribución de proyectos APP a nivel de la Unión Europea.
<i>Figura 6.</i>	Estructura contractual típica vinculada a una APP
<i>Figura 7.</i>	Modelo de contrato APP EsSalud
<i>Figura 8.</i>	Brechas de Infraestructura 2018-2025 en millones de dólares
<i>Figura 9.</i>	Evolución del Marco Regulatorio de la Promoción de la Inversión Privada
<i>Figura 10.</i>	Estructura de un proyecto APP
<i>Figura 11.</i>	Rendimiento hora – médico por Establecimiento de Salud en EsSalud
<i>Figura 12.</i>	Rendimiento por cama según categoría de hospital EsSalud
<i>Figura 13.</i>	Intervenciones quirúrgicas realizadas según categoría de hospitales de EsSalud

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Asociaciones Público Privadas (APP) y su relación con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, tiene como principal motivación el de mostrar al público, un modalidad de inversión privada, que puede mejorar la calidad del servicio de salud en el Seguro Social de Salud, con la prestación de servicios públicos eficientes, así también contribuir al desarrollo económico del país, con la generación de más puestos de trabajo y una mejor infraestructura pública, en un plazo menor a lo que se demoraría en ejecutarse bajo la modalidad de obra pública tradicional.

Los datos obtenidos corresponden a una muestra de 100 personas, entre pacientes asegurados, profesionales de la salud, otros profesionales y funcionarios conocedores de la problemática del sector salud, a quienes se aplicaron un cuestionario con 19 preguntas cerradas, a fin de determinar la correlación entre las variables estudiadas.

El análisis de los datos obtenidos mostró el nivel de conocimiento de los profesionales sobre el marco institucional de las APP, la percepción de satisfacción de los pacientes donde la atención médica, es valorada en un alto porcentaje de aceptación por los asegurados adscritos, 81% de los encuestados ha afirmado que la atención médica brindada en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, siempre es brindada con calidad y eficiencia.

**Palabras clave:** Asociaciones Público-Privadas, Seguro Social de Salud y servicio eficiente.



## **ABSTRAC**

The present research work entitled "Public Private Partnerships (PPP) and its relation with the efficient service in the Social Health Insurance in the district of Villa María del Triunfo, Lima, period 2017: Case Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, has as main motivation to show the public, a private investment model, that can improve the quality of health service in the Social Health Insurance, with the provision of efficient public services, as well as contribute to the economic development of the country, with the generation of more jobs and a better public infrastructure, in a shorter period of time than would be delayed in executing under the modality of traditional public works.

The data obtained correspond to a sample of 100 people, including insured patients, health professionals, other professionals and officials who are knowledgeable about health sector problems, to whom a questionnaire with 19 closed questions was applied, in order to determine the correlation between The variables studied.

The analysis of the data obtained showed the level of knowledge of professionals about the institutional framework of PPPs, the perception of patient satisfaction where medical care, is valued at a high percentage of acceptance by the insured insured, 81% of Respondents said that the medical care provided at Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital is always provided with quality and efficiency.

**Keywords:** Public-Private Partnerships, Social Health Insurance and efficient service

## I. INTRODUCCIÓN

La tesis denominada: Asociaciones Público-Privadas (APP) y su relación con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso “Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente”; tiene como objetivo optar el grado de MAESTRO EN GESTIÓN DE INVERSIÓN PÚBLICA; y dejar un aporte documental que contribuya a la mejora de los servicios de salud en el Seguro Social de Salud.

El presente trabajo, se ha realizado bajo la estructuración establecida en el Reglamento de Grados y Títulos vigente, el mismo que contiene la siguiente capitulación:

El Capítulo I, **Introducción**, contiene la problemática por la que atraviesa el sector salud, en nuestro país, se describen los problemas como la falta de recursos, el déficit de infraestructura y la mala calidad en la atención médica en los hospitales gestionados por el Seguro Social de Salud, así mismo se establecen las preguntas sobre la relación o el efecto que tienen las Asociaciones Público-Privadas sobre la prestación de servicios de salud en el Seguro Social de Salud. Se formula el problema, así también se plasma los trabajos de otros investigadores internacionales y nacionales, que evidencian el éxito y los beneficios que aporta esta modalidad de inversión privada en la mejora de los servicios de salud. Se expone la justificación del trabajo realizado, destacando la importancia del modelo estudiado, se establecen los objetivos del trabajo, y se formula la hipótesis general y las específicas.

El Capítulo II, **Marco Teórico**, en este capítulo se cita los puntos más resaltantes y relevantes de las teorías relacionadas al tema investigado, así como artículos de publicaciones especializadas, desarrolladas por instituciones muy importantes como el Banco Interamericano de Desarrollo, Ernest & Young, Ministerio de Economía y Finanzas y otras de igual importancia.

El Capítulo III, **Método**, explica el tipo de investigación, se establece la muestra de estudio, desarrolla la operacionalización de las variables, se menciona los instrumentos de recopilación de datos, procedimientos y análisis de datos utilizados en la investigación.

El Capítulo IV **Resultados**, contiene el producto del trabajo realizado, la contrastación de hipótesis y el análisis de los resultados.

El Capítulo V **Discusión de resultados**, en este capítulo se realiza una comparación con resultados anteriores sobre el mismo tema de investigación.

En el Capítulo VI **Conclusiones**, se ha desarrollado las conclusiones al término del trabajo realizado.

En el Capítulo VII **Recomendaciones**, se ha elaborado las recomendaciones finales.

En el Capítulo VIII **Referencias**, se muestra la bibliografía, de documentación consultada en el transcurso de la investigación.

En el capítulo IX **Anexos**, se encuentran el cuestionario y la matriz de consistencia

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro país se ha constituido un sistema de salud fragmentado, tal es así que, para la prestación de servicios de salud brindado por el sector público, éste se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El Seguro Social de Salud (EsSalud), es un organismo público de derecho privado, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que tiene como función brindar cobertura a las personas aseguradas y a sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de salud, económicas y sociales. Además, se considera como una institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, encargada de captar y gestionar los fondos recaudados por los aportes realizados principalmente por los empleadores y jubilados.

Las prestaciones de salud, que brinda el seguro social de salud son consideradas servicios públicos, y como parte del sistema de salud público de nuestro país, se encuentra inmersa en una serie de dificultades, que se traduce en prestaciones de salud deficientes.

## **1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La demanda en crecimiento constante tanto de asegurados titulares y derechohabientes, no se relaciona proporcionalmente con los aportes de los empleadores, toda vez que la recaudación se ha visto menoscabada por deudas impagas de entidades del mismo sector público, y de empresas privadas fenecidas, a esto se suma la eliminación definitiva del aporte en los meses de julio y diciembre, aprobada en el mes de Julio del año 2015.

En este contexto, la situación financiera del Seguro Social de Salud, es crítica, la misma que trae como consecuencia la falta de recursos para contratar más médicos especialistas y cubrir las demandas de la población asegurada a nivel nacional, en un corto o mediano plazo, según

información de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, órgano que administra los recursos humanos del Seguro Social de Salud, se cuenta con 9,000 médicos especialistas para atender 11 millones de asegurados.

Con esa carencia de recursos humanos, la atención médica es menoscabada en calidad y oportunidad, ya que a mayor demanda de pacientes el tiempo de espera para una cita, es prolongada, y cuando es otorgada la atención por cada consulta es disminuida, limitando muchas veces al médico sólo a prescribir la receta médica, a esto se suman los conflictos sindicales, paros y huelgas organizados por los diversos gremios de profesionales quienes lejos de pensar en la salud de la población, se preocupan por su bienestar económico personal.

La falta de infraestructura sanitaria, traducida en establecimientos de salud que van desde el nivel I-1 puesto de salud hasta el III-2 instituto especializado, categorización que depende del nivel de complejidad y características de funcionamiento, es muy grande en la actualidad, según el Plan Nacional de Infraestructura 2016 -2025, señala que la brecha estimada es de US\$ 18,944 millones de dólares, y de acuerdo al ritmo de inversión, en un escenario optimista ésta se cerraría en el año 2030. (CGR, 2014)

Otro factor que contribuye a la mala atención en el Seguro Social de Salud es la inoperatividad de equipos médicos que por falta de mantenimiento suelen deteriorarse, lo que trae consecuencia que los asegurados tengan que esperar largos meses para realizarse las pruebas de ayuda al diagnóstico u obtenerlas de forma particular, y una de las razones es que la contratación de los servicios de mantenimiento puede tardar, toda vez que éstos deben regirse a la Ley de Contrataciones con el Estado.

Ante estas causas que hacen que el servicio de salud sea deficiente en el Seguro Social de Salud, el Estado debe considerar diversas formas de organizar y articular los sistemas de salud,

considerando la participación del sector privado como uno de sus principales aliados en el proceso de modernización del servicio público en salud, teniendo en cuenta que el campo de acción de las Asociaciones Público-Privadas, presentan un amplio rango de modalidades, que va desde proveer únicamente la infraestructura, hasta entregar un servicio de salud integral, a diferencia de tercerizar o privatizar los servicios de salud, el Estado seguiría manteniendo la titularidad del servicio y el rol supervisor.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. Problema general**

¿En qué medida, las Asociaciones Público-Privadas (APP) se relacionan con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- a) ¿En qué medida, la inversión privada se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?
- b) ¿De qué manera, el marco institucional se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente”.

### **1.4. ANTECEDENTES**

#### **1.4.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

La base de la investigación ha sido la búsqueda de trabajos y estudios sobre el tema de diversos autores internacionales que han desarrollado y expuesto las ventajas de la colaboración público-privada, en diversos sectores de gobierno, y como han ayudado a disminuir la brecha existente en infraestructura y mejorado el problema del mantenimiento y equipamiento, problema arraigado a la inversión pública, avocada sólo a la construcción y no a la gestión post inversión.

Por otro lado, la problemática en torno a la falta de recursos en el sector salud, y como ésta puede mejorar haciendo uso de mecanismo alternativo a la obra pública, hablamos de las Asociaciones Público-Privadas, que además de proveer de infraestructura y equipamiento hospitalario adecuado, puede asegurar servicios clínicos de calidad a la población.

**Bonilla (2016)** en el ensayo: El impacto de las Asociaciones Público-Privadas en proyectos de infraestructura social en Colombia, analiza las ventajas que este mecanismo alternativo a la obra pública frente a las limitaciones presupuestales y técnicas del Estado para cerrar la brecha de infraestructura social. Señala además la carencia de recursos públicos en aquellos países en vías de desarrollo, donde resulta una utopía pensar en la provisión de infraestructura proporcional a las necesidades crecientes de la población.

Como conclusión afirma que:

Las Asociaciones Público-Privadas realmente pueden constituirse como una opción muy ventajosa para el óptimo desarrollo de infraestructura pública, y que ésta debe realizarse bajos los términos adecuados a fin de mitigar los riesgos de ambas partes, resaltando el principio “valor por dinero”, y que finalmente favorezca a la población.

El autor pone de manifiesto la ventaja del uso de este mecanismo, que puede hacer posible la construcción de infraestructura para la prestación de servicios públicos, a un mediano plazo, ante la imposibilidad de hacerlo vía obra pública o con recursos públicos del Estado, y que definitivamente lograría cerrar o disminuir al menos la brecha existente.

**Llumpo, Downs, Montagu, Foong, Brashers y Feachem (2014)**, en su informe *Lecciones de América Latina: Primeras experiencias con Asociaciones Público-Privadas en el sector salud*, es el segundo de una serie de publicaciones realizadas de manera conjunta por el Grupo de Salud Global de la UCSF y PwC Price en torno a las APP. Esta segunda serie tiene como objetivo documentar los innovadores modelos de APP en el sector salud a nivel global, además de sensibilizar al público sobre sus aportaciones y dar a conocer las lecciones aprendidas en ese ámbito. La investigación documental se realizó en 17 países, y se identificó que cinco países, Chile, Colombia, Honduras, México y Perú, albergan proyectos actuales y futuros, Así también hicieron un análisis de los factores de madurez del mercado de las APP para los servicios de salud, tales como: Perspectiva económica, acceso a los servicios de salud, legislación de APP y disposición política, concluyendo en:

Que son tres los países líderes en cuanto a la madurez de APP para los servicios de salud: Chile, México y Perú. Que al año 2015 se ha realizado trece proyectos, y en el Perú la primera APPI, la que ha avanzado más allá de la infraestructura para incorporar la gestión de la salud de la población, refiriéndose a las APPI dl Seguro Social de Salud-Es Salud.

Los autores, luego de analizar los factores de madurez del mercado para el funcionamiento de Asociaciones Público-Privadas en los cinco países tomados como muestra, han determinado que tanto Chile, México y Perú, han avanzado en la ejecución de proyectos bajo este mecanismo, y



que, para esto, cada gobierno ha ido ajustando el marco jurídico que ha permitido atraer la inversión privada, pero a su vez, estableciendo un marco regulatorio acorde con los riesgos que éste puede acarrear. Así mismo resalta la gestión realizada por el Seguro Social de Salud de nuestro país, que ya cuenta con dos Hospitales bajo la modalidad APP de Bata Blanca: Hospital III Alberto Leonardo Barton Thompson, y Hospital III Villa María del Triunfo, ambos concesionados por 30 años, los que actualmente están funcionando con altos estándares de calidad.

**Bastías (2016)**, en su tesis titulada *Asociación Pública Privada en Infraestructura Hospitalaria. El caso de Chile: Hospital de Maipú y la Florida*, para obtener el grado de Magister en Gestión y Políticas Públicas, toma como materia de análisis, la experiencia en Chile, específicamente a los hospitales Maipú y la Florida, construidos bajo la modalidad APP y así establecer las ventajas que trae consigo las Asociaciones Público-Privadas para proveer de infraestructura hospitalaria, frente al modelo tradicional. Concluyendo en lo siguiente:

En el caso de los Hospitales de Maipú y La Florida, podemos ver que el costo de construcción es inferior a la mayoría de los observados en los hospitales construidos por vía presupuesto sectorial si consideramos el costo final de construcción de estos y no el costo inicial de adjudicación, ya que los construidos por APP no experimentaron variación en los precios durante el periodo de ejecución de las obras y el valor de cuota cancelado por el Estado fue el definido previamente según las bases de licitación, en cambio, en la mayoría de los ejecutados por modalidad tradicional sufrieron incremento en sus precios de construcción. Es necesario considerar además que los hospitales concesionados contemplan la inclusión de servicios que habitualmente cuentan con poco desarrollo en los esquemas tradicionales como los aisladores sísmicos, práctica que actualmente se ha

adoptado en los proyectos ejecutados a través del modelo tradicional. Otro caso es la adopción del modelo de licitación que integra diseño y construcción que permite transferir parte del riesgo de diseño al constructor y que permite menores plazos y costos porque en general las empresas presentan diseños conocidos y probados por ellos. Por otra parte, los hospitales concesionados incluyen seguros catastróficos en casos de sismos, incendio y daños por terceros, lo que repone la infraestructura perdida en caso de daños.

El autor, analiza un caso muy importante en Chile, ya que toma en consideración el riesgo ante desastres naturales, y lo que esto significa para el Estado, en comparación a la mitigación de éste vía la adquisición de seguros incluidos en los contratos APP, celebrados con esos dos hospitales, lo que demuestra una ventaja más a favor de este mecanismo.

**Vera (2016)**, en su tesis titulada *Asociaciones Público-Privadas y Concesiones Administrativas*, para la obtención de su título profesional de Abogada, analiza el marco jurídico ecuatoriano respecto a las Asociaciones Público-Privadas y las concesiones administrativas, realizando una revisión de las normas y conceptos doctrinarios básicos sobre las cuales descansan ambos mecanismos. Para finalmente concluir en:

La concesión ha sido una figura representativa de Derecho administrativo, por la cual el Estado delega a un privado, a su cuenta y riesgo, la provisión de un servicio o ejecución de una obra. Con el paso de los años, el desarrollo de la economía mundial y la globalización, obligaron a los Estados a reformular ajustes sobre dicha delegación. Así, estudios confirmaron que, si Estado y los privados colaboraran como un equipo, sería posible obtener mayores y más eficaces resultados de una delegación.

La APP nace como un concepto macro de cooperación público-privada, que permite tanto sector público como sector privado colaborar para la ejecución de un proyecto, de tal manera que existen diálogos negociados entre ambos sectores; en los cuales se estipulan condiciones y reglas de dicha relación que se materializa en un contrato para la ejecución de un proyecto APP. Dentro de estas diversas formas y amplias formas de cooperación, la concesión es solo una de las formas de APP existentes.

En el trabajo realizado, la autora analiza las semejanzas de ambas figuras, nos referimos a los Concesiones y Asociaciones Público Privadas, en el marco jurídico ecuatoriano, y determina que una de las formas en las que se lleva a cabo los contratos de Asociaciones Público Privado, en el campo del derecho administrativo, se encuentran las concesiones, en efecto también en nuestro país las APP representan un género, un mecanismo para la ejecución de proyectos públicos, en el que se agrupan figuras contractuales tradicionales como la concesión, operación, gerencia, joint venture u otras permitidas por la ley, todas con el fin de desarrollar relaciones jurídicas y económicas en las que participa el sector público.

**Cipoletta (2015)**, en la publicación de las Naciones Unidas *Serie Financiamiento para el Desarrollo-Financiamiento de la Infraestructura para la Integración Regional*, busca identificar las fuentes de financiamiento, alternativas de solución a través de mecanismo de inversión y financiamiento que faciliten la ejecución de proyectos para la integración física de las regiones en América del Sur. También analiza y expone experiencias de éxito que sirvan de guía para el aprovechamiento de las diversas fuentes de financiamiento existentes en el entorno global, para el financiamiento de infraestructura pública, a través de fuentes de recursos alternativas a los recursos fiscales. Finalmente concluye:

La información analizada en este trabajo refleja la importancia que representa que la Banca de Desarrollo continúe manteniendo un rol sustancial en la movilización de los recursos domésticos, dado que, ya sea en sus versiones nacionales, subregionales o regionales, los Bancos de Desarrollo probaron ser una fuente efectiva para la canalización de recursos dirigida a inversiones de mediano y largo plazo en diversos sectores; especialmente en infraestructura, intermediación financiera y desarrollo social y productivo

Por su parte, la intervención del sector privado en esquemas de APP, como se ha analizado en este trabajo, si bien tiene un alto potencial para financiar proyectos de infraestructura, requiere que el sector público haga un gran esfuerzo de diseño, regulación y control para garantizar la eficacia de su uso y evitar sobrecostos para el Gobierno; así como también esfuerzos por atraer las inversiones privadas y alinear sus incentivos hacia las necesidades de producción y desarrollo en la región. Para alcanzar un nivel de apalancamiento que maximice el impacto del financiamiento para el desarrollo de infraestructura regional, seguirá siendo fundamental buscar alternativas para la combinación de recursos e instrumentos de participación pública y privada, especialmente en aquellos proyectos de alto impacto en la integración pero que implican retornos económicos menos atractivos.

En la publicación, la autora destaca el rol de la Banca de Desarrollo, en el financiamiento de los proyectos bajo este esquema, y demuestra que son los socios estratégicos del Estado, que pueden hacer posible la sinergia con el sector privado, donde cada uno de ellos cumple un rol preponderante y en forma conjunta forman una cadena de valor.

**Varela (2014)** en su Tesis de Post grado titulada *Las Alianzas Público Privadas como método de atracción de inversiones a largo plazo*, para obtener el grado de magister en Derecho Corporativo

por la Universidad Rafael Landívar de Guatemala, analiza el impacto que pueden causar las Asociaciones Público Privadas en el crecimiento económico de Guatemala, y llegar a constituirse en un mecanismo atractivo para los inversionistas privados a largo plazo, para lo cual revisa el marco jurídico en torno a ella, y toma como referencias experiencias exitosas en otros países vecinos, y en otras partes del mundo occidental. Concluyendo en:

Para el mejor desenvolvimiento de una Alianza Público-Privada y su eficiente ejecución, deben combinarse ciertos factores clave como una planificación presupuestaria responsable, política no politizada y un Estado fortalecido que de seguridad jurídica pero que no riña con la agilidad de los proyectos; y finalmente, una agenda de trabajo común para la Nación que ante todo procure el beneficio social de los habitantes con una mentalidad para el largo plazo.

Las Alianzas Público Privadas generan un efecto positivo en las economías de los países que las han puesto en práctica; en la mayoría de los casos las Alianzas se enfocan en proyectos de gran envergadura que por distintas circunstancias el Gobierno sólo no puede financiar, por lo que generan interés tanto de empresas nacionales como internacionales; si a lo anterior se adiciona que varios países fomentan a través de las APP la investigación y el desarrollo tecnológico, se consume así una palanca potenciadora del desarrollo de un país.

La Ley de Alianzas para el Desarrollo de Infraestructura Económica introdujo al sistema jurídico guatemalteco las Alianzas Público-Privadas mediante la creación de una infraestructura rígida y compleja que luego de cuatro años de haber sido aprobada se ha mostrado ineficiente para la atracción de proyectos que demandan agilidad y versatilidad.

La normativa excluye de su ámbito de aplicación proyectos en los campos de la salud, la educación y la tecnología, privando a muchos guatemaltecos de una herramienta que en otros países ha comprobado su popularidad y eficiencia en estas áreas.

**Giraldo (2013)**, en su Tesis de Post grado titulada *Propuesta de un Esquema Institucional para la Gestión de proyectos de Asociación Público Privada (APP) en infraestructura: Caso Colombia*, para obtener el grado de magister en Administración por la Universidad Nacional de Colombia, analiza los casos de éxito a nivel mundial, en la aplicación de ésta mecanismo e identifica los factores institucionales y organizacionales claves para la ejecución de proyectos con esquema de APP, desde el punto de vista conceptual y de la evolución de los marcos institucionales de algunos países que han implementado proyectos de APP, y propone un esquema institucional para la gesta de éste modelo aplicado a la realidad colombiana. Llegando a la conclusión:

No obstante, las APP requieren de un compromiso político e institucional dentro de un marco jurídico estable, para lo cual el país debe continuar fortaleciendo su capacidad para la gestión de APP, estableciendo un esquema institucional apropiado para el desarrollo de proyectos, de acuerdo con las buenas prácticas y recomendaciones de la OCDE, en el marco de su aspiración del país por pertenecer a dicha organización.

#### **1.4.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

**Pizarro y Alatrística (2016)**, en la tesis titulada *Efectividad de las asociaciones público-privadas como mecanismo de competitividad en el ámbito de mayor incidencia regional*, para obtener el grado Magister en Gestión Pública, plantean determinar la efectividad de las Asociaciones Público Privada (APP) como mecanismo de competitividad regional, considerando aquellas regiones de mayor incidencia en el periodo comprendido del 2010 al 2015. Concluyen que, la competitividad

regional es uno de los objetivos más importantes en la agenda de los gobiernos regionales. En ese sentido señalan que el Estado Peruano a través de Proinversión ha generado las condiciones adecuadas para la promoción y ejecución de políticas públicas de inversiones bajo este mecanismo eficiente de “Asociaciones Público-Privadas”.

En el ámbito de la gestión de los gobiernos subnacionales, **Benites (2014)**, en su tesis *Las Asociaciones Públicos Privadas como mecanismos para el desarrollo de proyectos de infraestructura en ámbito de los gobiernos locales*, presentada para obtener el grado de Magister en Derecho de la Empresa, propone la implementación de asociaciones público-privadas (APP) en los gobiernos locales considerando que las mismas otorgan beneficios que el Estado por sí solo no puede alcanzar. Asimismo, afirma que la implementación de una APP resulta necesaria en escenarios donde el Estado a pesar de contar con capacidad financiera para llevar adelante una obra por sí mismo, no cuenta con los conocimientos técnicos ni la experiencia para implementarla de una manera exitosa, que derive en una provisión eficiente de infraestructura para la población. Concluye que es importante empezar por los gobiernos locales por constituir el nivel básico en la organización política del Estado, como administración local, representan el estamento del Estado con mayor cercanía a la población y, por lo tanto, deben ser los que mejor conocen las necesidades de su localidad.

**Grijalva (2012)**, en su tesis *Análisis del Diseño del Modelo de Gestión Público Privado en los Almacenes y Farmacias de ESSALUD en Lima, para obtener el grado de Magister en Gestión Pública*, analiza la problemática de la salud pública del Perú, específicamente de los asegurados respecto del abastecimiento de medicamentos en el Seguro Social de Salud, resaltando las ventajas

que trae consigo las alianzas público-privadas para mejorar la gestión en el abastecimiento de medicamentos.

Asimismo, denota los cambios favorables en la gestión logística del Seguro Social de Salud que, al tener como socio estratégico a la empresa privada, mediante un contrato de Asociación Público Privada, como nuevo modelo de gestión ha permitido proveer servicios públicos, bajo responsabilidad compartida, de forma eficiente y oportuna.

La investigación concluye que a pesar de la mejora en los procesos logísticos y de la cadena de abastecimiento de medicamentos, la burocracia interna de la institución constituida por los trabajadores sindicalizados, que lejos de aportar en este proceso de transición y cambio, demuestran resistencia señalando a esta alianza pública privada como una estrategia de los gobiernos para “privatizar” la seguridad social.

También resalta que a pesar de las dificultades y obstáculos se logró concretar el contrato “Contrato de APP para la Constitución de derecho de Superficie, Construcción de Infraestructura, Equipamiento e Implementación y Gestión Logística de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de ESSALUD” entre ESSALUD y el Consorcio Brasileño SALOG.

Si partimos del objetivo de todo sistema de Salud, el de preservar y mejorar la salud de la población, y que para ello el Estado debe cumplir las siguientes funciones: rectoría, financiamiento, provisión de servicios y creación de recursos humanos y físicos. Cuando se hace referencia a insumos básicos no sólo nos referimos a la infraestructura y equipamiento sino también a la provisión del recurso humano. Nos damos cuenta de que el Estado no es eficiente en esas funciones.



**Ruiz, Sarmiento y Sota (2017)**, en su tesis *Principales condiciones necesarias para la implementación de una asociación público privada del sector salud en el Perú*, para obtener el grado de Licenciado en Gestión, plantean como objetivo identificar y categorizar las condiciones necesarias para la implementación de una APP contextualizada en el sector salud peruano, analizar el comportamiento de las principales condiciones necesarias para la implementación de una APP con base en la experiencia del sector salud peruano.

Concluyen que son siete las principales condiciones: marco institucional; marco legal-regulatorio; entorno; grupos de interés externos e internos; capacidad técnica del concedente, concesionario y supervisor; alcance del proyecto; y gestión de riesgos. La necesidad de estudiar estas condiciones en el contexto peruano se debe a que la experiencia internacional da cuenta de que el evaluar y tomar en consideración estas variables, antes de desarrollar una APP, ayuda a quienes forman parte del proceso a tener una fuente de información que le permita gestionar y tomar decisiones más acertadas para el proyecto, con el fin de lograr una adecuada implementación.

**Jorge, Huasasquiche, Salazar y Teber (2018)**, en su tesis *Gestión eficiente de la Atención Primaria de Salud en el primer nivel de atención y su impacto en el nivel de satisfacción de los usuarios: Caso EsSalud*, para obtener el grado de Magister en Administración de Empresas, en el cual realiza un trabajo muy interesante al hacer un análisis cuantitativo y cualitativo que permitió establecer comparativos respecto a la calidad de los servicios que se brindan en otros establecimientos de salud, respecto a los brindados en el Policlínico Alberto L. Barton Thompson, el cual se constituye como un Establecimiento de Salud operado bajo la modalidad de APP. Finalmente, el trabajo muestra los datos analizados y demuestra la existencia de una notable mejora en la percepción de la calidad de los servicios prestados en un establecimiento de salud bajo el modelo de gestión basado en Atención Primaria. Entre las principales variables analizadas

encontramos las mejoras en la accesibilidad a las citas, entrega de medicamentos y atención médica y no médica.

## **1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

A nivel mundial existen estudios especializados de entidades prestigiosas como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, entidades que no sólo brindan el financiamiento, sino además la asistencia técnica para llevar a cabo proyectos de inversión bajo la modalidad de asociaciones público privadas, modalidad alternativa a la inversión pública tradicional, las mismas que han evidenciado en diversos sectores, los beneficios que trae consigo el hecho de mejorar la infraestructura y el efecto positivo que produce en la economía nacional ya sea directa e indirectamente.

Este mecanismo se ha consolidado como una estrategia complementaria para la mejora del acceso y la disponibilidad de la oferta de servicios de salud a la población, principalmente a aquella pobre y excluida, en el que ambos sectores público y privado generan rentabilidad, el primero rentabilidad social y el segundo rentabilidad financiera. Rentabilidad social porque el Estado puede presionar al agente privado para brindar un servicio de salud con oportunidad y calidad, como condición contractual para su contraprestación económica, donde finalmente el usuario del servicio público es el beneficiario de un servicio eficiente.

El presente trabajo de investigación, busca resaltar las fortalezas de las Asociaciones Público Privadas Integradas - APPI, conocida en el sector salud con el término de bata blanca, o DCOE (diseño, construcción, operación, entrega) que integra los servicios clínicos, lo que implica mejorar la calidad de los servicios y elevar el nivel de satisfacción de los usuarios, contar con una

infraestructura adecuada con equipamiento de última generación, manteniendo siempre constante la provisión de medicamentos y además que disminuiría el riesgo de la falta de atención médica, en períodos de huelga, teniendo en cuenta que el personal asistencial serían contratados bajo el régimen de la actividad privada normado mediante el Decreto Legislativo N° 728, que establece condiciones laborales más beneficiosas en comparación con el personal asistencial que labora en el Seguro Social de Salud o para el Ministerio de Salud bajo la modalidad de contratación administrativa de servicios, normado por el Decreto Legislativo N° 1057, lo que además mejoraría el desempeño laboral del personal, al sentirse valorado.

La importancia de la investigación radica en resaltar las ventajas de este mecanismo alternativo a la inversión pública tradicional, y su efecto directo en la mejora de la gestión de las prestaciones de salud en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, durante el período 2017.

En el caso de la inversión pública tradicional, esta se enfoca básicamente en la obra, en la infraestructura del hospital, pero no en el servicio de salud que se brinda a los usuarios asegurados, el modelo APP siempre se justifica por la calidad del servicio, traducida en mejores tiempos y mejor atención, no existe el riesgo de falta de atención médica por huelgas o paros de los gremios sindicales. La satisfacción de los usuarios es porque encuentra calidez en la atención, equipos modernos, mejor infraestructura, tecnología para simplificar trámites, son varias de las razones por las que las APP pueden hacer eficiente un servicio público.

En este modelo la financiación por capitación va ligada a la prestación directa por paciente, presupuestalmente le significa a EsSalud, el desembolso posterior a la construcción y puesta en marcha del proyecto, siendo siempre más ventajosa las del tipo autofinanciada aquella donde no demande garantía financiera por parte del Estado.

El resultado de esta investigación servirá para dar a conocer las ventajas de las Asociaciones Público-Privadas de bata blanca en el sector salud, así como sacar a relucir los defectos o vacíos en el marco legal regulatorio existente en nuestro país.

## **1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Al ser ésta, una investigación con fines académicos, se ha tenido limitaciones de tiempo y recursos, toda vez que la población usuaria de los servicios de salud en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente del Seguro Social de Salud ascienden a 250,000 adscritos titulares, otra de las limitaciones es el aspecto económico financiero, por cuanto no se cuenta con los recursos financieros para realizar encuestas con mayor alcance que permitiría demostrar el grado de satisfacción de los usuarios de las Instituciones Prestadoras de Salud, que son gestionadas bajo éste mecanismo de Asociación Público Privada en sus diversas modalidades, y ser comparadas con la percepción de los servicios de salud en otros Establecimientos de Salud públicos bajo administración estatal.

## **1.7. OBJETIVOS**

### **1.7.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar y determinar cómo las Asociaciones Público-Privadas (APP) se relacionan con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

### **1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Determinar de qué manera la inversión privada se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

- b) Determinar de qué manera el marco institucional se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

## **1.8. HIPÓTESIS**

### **1.8.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Las Asociaciones Público-Privadas (APP) se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

### **1.8.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- a) La inversión privada se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.
- b) El marco institucional se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. TEORIAS GENERALES RELACIONADAS AL TEMA**

#### **2.1.1. EL ACCESO A LA SALUD**

---

La teoría del desarrollo humano propuso una concepción distinta para medir y abordar el desarrollo. El enfoque superó la visión economicista centrada en el tener (dinero y mercancías), por una visión holística centrada en el ser y hacer del ser humano (bienestar y capacidades) en el cual la participación de las instituciones juega un papel determinante en el desarrollo (Sen y Nussbaum, 1993).

Las bases de esta teoría son desarrolladas por Sen (2000) quien afirma:

Se define al desarrollo como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos, donde la libertad real (...) está representada por la capacidad de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos que permite a la persona, en los entornos sociales, económicos, culturales, políticos y medioambientales que se encuentre, realizar cosas valiosas para ellos y sus familias. Por lo tanto, el desarrollo no debe medirse con otro indicador que no sea el aumento de las libertades de los individuos, entendida como la construcción de entornos en los cuales se exprese la libertad individual de poder desplegar las capacidades y las más preciadas aspiraciones de los seres humanos (p. 19).

En efecto en el campo de las libertades humanas, la salud como parte de un desarrollo pleno, es el derecho que por su importancia debe ser atendida de manera integral.

Por ello, la salud necesariamente tiene que ser concebida desde una visión integral y colectiva tanto de los problemas, como de las soluciones, al igual que el reconocimiento del lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos políticos y humanos.

Entre las principales privaciones que enfrenta el ser humano en el espacio de sus libertades instrumentales están los efectos negativos en la salud que se derivan de las limitaciones de una persona para acceder a los servicios de salud, constituidas por la falta de cobertura, la deficiencia en infraestructura y la calidad en el servicio médico y hospitalario. (Picazzo, Gutiérrez, Infante y Cantú; 2011; p.261).

Por lo tanto, la salud, como lo alude Sen (1999) "es una parte constitutiva (...) e integrante de un buen desarrollo" (p.8). De esta manera, una de las libertades de mayor importancia de las que puede gozar el ser humano es la de no estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables elementos que coadyuvan a tener un mejor nivel y calidad de vida y evadir la pobreza.

El desarrollo humano y la potencialización de las capacidades humanas y su visión más integral, la libertad, en materia de salud plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado y mejorar el acceso y la calidad de la atención. Desde esta perspectiva, la salud de las personas no solo está en riesgo cuando son amenazadas por enfermedades, sino que múltiples aspectos de su vida cotidiana también constituyen peligros para el desarrollo de su libertad. En ese sentido, la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental, la falta de alimentos y trabajo, la inseguridad laboral, la falta de acceso a agua potable y viviendas adecuadas, y el analfabetismo, entre otras carencias de derechos humanos, constituyen una amenaza para la salud de las personas (Picazzo, 2012, p. 67).

La Ley del Aseguramiento Universal nos asegura que no debe existir ninguna persona en el mundo que se quede sin recibir atención médica oportuna y de calidad, no sólo la curativa, sino también la preventiva, y ese es el fin del desarrollo pleno de las libertades constitutivas, aquella relacionada

con el enriquecimiento de la libertad del ser humano, aquella que le permita elegir vivir saludable y pleno, y que para lograrlo no se encuentre con obstáculos y limitaciones que le resten esa libertad.

Hoy en día en nuestro país, encontramos una oferta variada de servicios de salud, resultado de un sistema de salud mixto, que de por sí encarece el servicio, y este no llega al más pobre. La participación del sector privado en la prestación de servicios de salud del Seguro Social de Salud mejorara la accesibilidad a los servicios de salud, en tanto se logre reducir la brecha de cobertura a consecuencia de la falta de infraestructura, escasos recursos y de falta de capacidad técnica.

### **2.1.2. DÉFICIT DE RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD**

En el sector salud, al igual que en otros sectores, es necesario contar con los recursos necesarios para brindar un servicio de calidad a la población, pues bien cuando se habla de recursos en el sector salud, también debemos referirnos a la Unidad Productora de Servicios UPS, que según la NTS N°021-MINSA/dgsp-v-03, Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (Infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios , en relación directa con su nivel de complejidad.

**Los recursos humanos en salud**, vendría a ser la base de una atención eficiente y de calidad, pero la crisis que hoy se vive por el déficit de profesionales de la salud, en los diferentes niveles de atención es alarmante, ante ello García, Díaz, Ávila y Cuzco (2015) señalan:

Este déficit de personal profesional en salud en los diferentes niveles de atención significa para el primer nivel de atención que no se constituya en una barrera de contención para la



demanda de atención de salud de los otros niveles y transforma al sistema en su conjunto en ineficiente, de baja calidad y de alto costo, que contribuye a generar una percepción poco favorable y de desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer nivel de atención. Lo cual ocasiona que difícilmente puedan alcanzarse los objetivos sanitarios, ya que la literatura mundial demuestra que existe una fuerte correlación entre el número de profesionales de la salud y las coberturas vinculadas a los resultados sanitarios.

Según la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEPS), en su publicación "Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017", nos muestra que hay 32 recursos humanos en salud por cada 10,000 habitantes, entre médicos, enfermeras y obstetras.

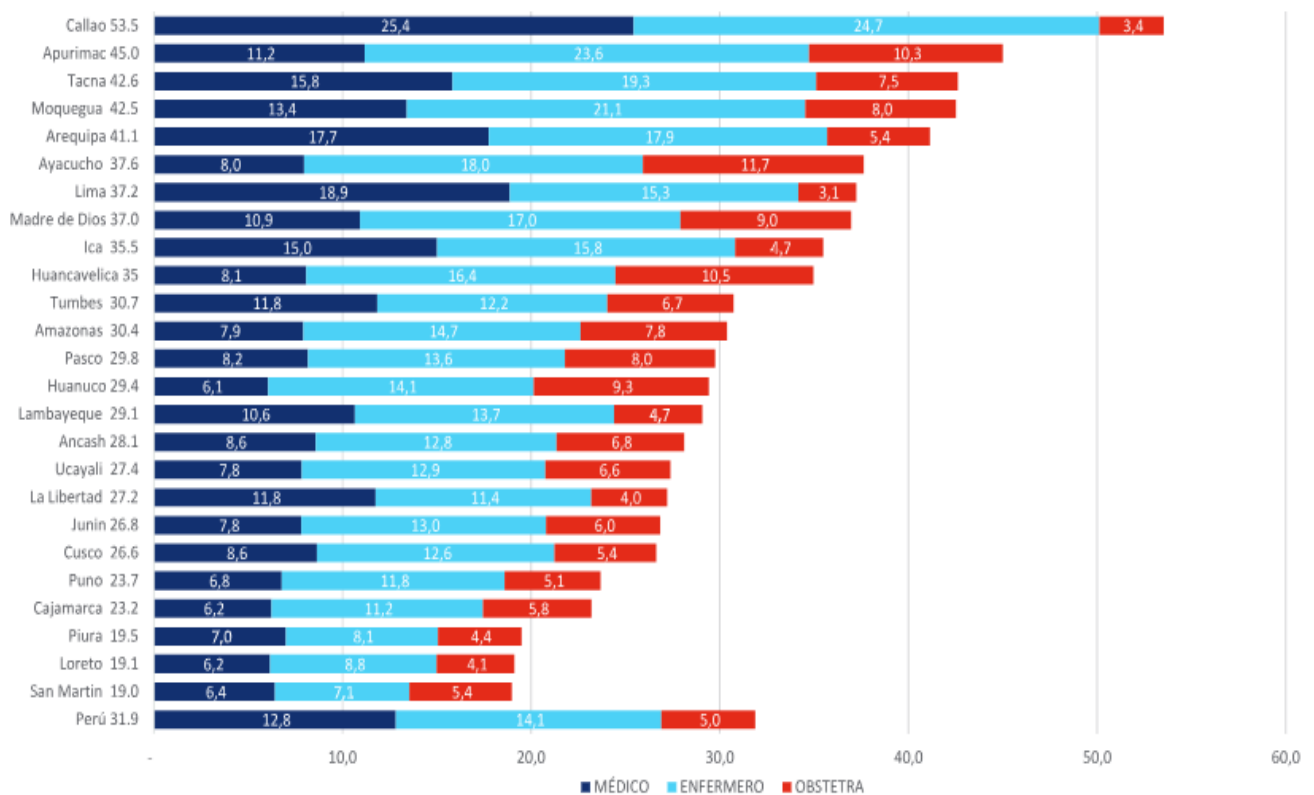


Figura 1. Recursos Humanos en el Sector Salud 2017  
Dirección General de Personal de la Salud (2017)

Si estos recursos humanos a nivel nacional los dividimos por institución, tenemos que el Seguro Social de Salud ESSALUD, cuenta con el 20.36% de recursos humanos, de los cuales el 52.66% son profesionales asistenciales.

El otro gran problema es la concentración de profesionales de la salud sólo en algunas regiones. En ese sentido, en la Figura 2 observamos que el mayor número de profesionales con los que cuenta el Seguro Social de Salud se concentra en el Callao, Arequipa y Lambayeque.

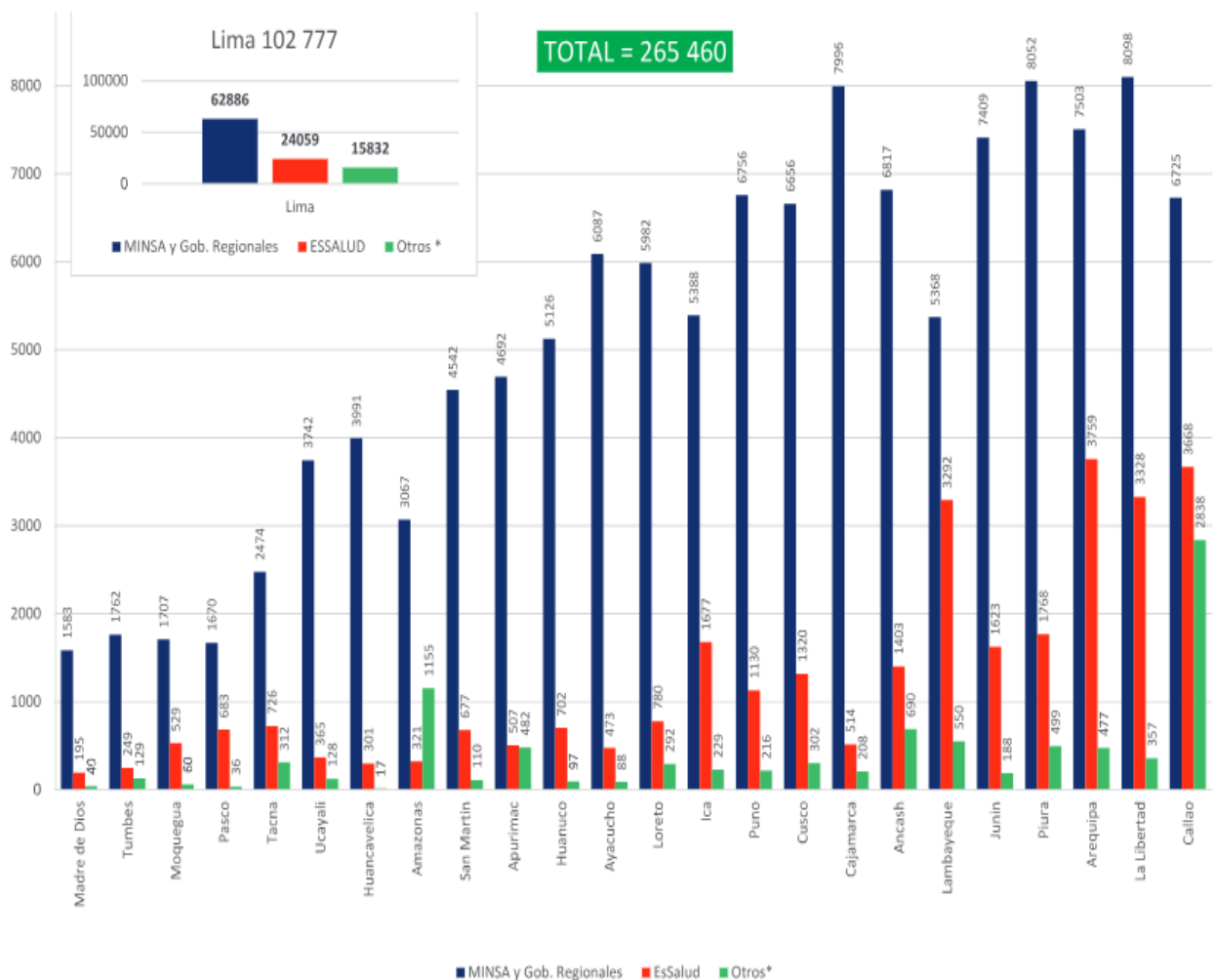


Figura 2. Recursos Humanos por Región e Institución  
Dirección General de Personal de la Salud (2017)

Respecto a los médicos especialistas, en el Sector Salud se cuenta con 19,812, cifra obtenida del Observatorio de la Dirección General de Personal de la Salud, de los cuales 9,207 laboran para el Ministerio de Salud, y 6,136 laboran para el Seguro Social de Salud (31%).

Ahora bien, la brecha existente de médicos especialistas directamente se relaciona con la planificación estratégica de recursos humanos, bajo los lineamientos del Sistema Nacional de Residentado Médico, que tiene por finalidad la formación de los médicos generales para su respectiva especialización y que estos sean formados con los estándares de calidad que permitan atender las necesidades prioritarias de salud que demanda la población.

El SINAREME está conformado por las siguientes instituciones:

1. El Ministerio de Salud.
2. Las universidades con programas de segunda especialización en medicina humana.
3. La Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).
4. Las instituciones prestadoras de servicios de salud: Ministerio de Salud, EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, los gobiernos regionales que financien vacantes en las sedes docentes de las universidades con segunda especialización en medicina humana en su ámbito y las entidades privadas que financien y se constituyan en sedes docentes y tengan convenios con la entidad formadora y cumplan con los requisitos para el desarrollo de estudios de segunda especialización en la modalidad de residentado médico.
5. El Colegio Médico del Perú.
6. La Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú.

Es así como, la Economía de la Salud surge, según Gálvez, A. (2010) se erige:

Como un marco lógico y explícito para ayudar a decidir la mejor forma de utilizar los recursos disponibles para la salud. Esta disciplina, de aparición relativamente reciente,

aborda temas muy variados. Entre ellos, el análisis del financiamiento público en la asignación de los recursos, las comparaciones internacionales del comportamiento del gasto en salud, el estudio de la oferta y la demanda dentro del sector, la identificación de las barreras de acceso a los servicios, la valoración de la salud como bien económico, como inversión y como consumo y la evaluación económica como instrumento para la toma de decisiones.

La economía y la salud constituyen un binomio inseparable. La economía es un determinante dentro de la salud de la población, ya que toda decisión económica la afecta directa o indirectamente. De la misma forma, las disposiciones que se adoptan relativas a la salud tienen sus implicaciones dentro de la economía.

En este contexto, se gesta la meta de hacer un uso eficiente de los recursos, los que siempre son escasos, y poner en marcha planes de acción que ayuden a mejorar los mecanismos de control.

Como se ha dicho anteriormente, la demanda avasalla a la oferta, y esto es generado por la falta de recursos, los que siempre son limitados e insuficientes en relación con la demanda de la población, las que proyectadas van acrecentándose y no siempre en proporción a la obtención de nuevas fuentes de recursos, es así que siempre existirá una brecha entre el nivel alcanzado por la producción en un momento dado y las demandas crecientes de la población.

Según Arredondo (1999) surge la economía de la salud:

Para investigar los siguientes aspectos principalmente: los factores que determinan y afectan a la salud; el desarrollo de instrumentos de política; la salud y su valor económico; la demanda y la oferta de atención médica; el equilibrio del mercado; la planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de

salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y la evaluación microeconómica. (p. 359).

### **2.1.3. BRECHA DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**

Torres (2015), en su tesis sobre los efectos que causa la pérdida de infraestructura hospitalaria sobre la calidad del servicio de salud, menciona:

Este trabajo realiza un estudio de la pérdida de infraestructura hospitalaria en Chile, sobre variables de salud. Se analiza el efecto de daños estructurales en los centros de salud o cierre de parte de ellos, y cómo afecta la capacidad de atención sanitaria, tanto en la seguridad del paciente como en su estado de bienestar, utilizando el terremoto del 2010 como shock exógeno. Así, podemos debatir sobre la cobertura y eficiencia de la red asistencial de salud, y cómo pueden afectar los recursos disponibles de cada establecimiento (instalaciones, equipamiento y profesionales. (p. 30).

La infraestructura hospitalaria siempre ha sido motivo de preocupación de todos los gobiernos en todos los países, tal es así que siempre existirá una brecha en infraestructura, de modo tal que el Estado deberá buscar otras alternativas para lograr infraestructura en corto y mediano plazo.

En nuestro estudio, tratamos de plasmar la problemática existente en recursos en el sector salud, especialmente en el Seguro Social de Salud de nuestro país, y como se puede mejorar. En un estudio del diagnóstico sobre los servicios de salud, se obtuvo que:

Las citas son postergadas hasta por tres meses, al mismo tiempo la carencia de médicos especialistas, de salas de emergencia y áreas de hospitalización colapsadas; además de una incomprensible falta de sensibilidad hacia los pacientes por parte de los empleados en

salud. Esta es la realidad que atraviesa EsSalud, demostrando una grave crisis que afecta a millones de peruanos. (Perú 21, 2014)

Similar situación atraviesa los hospitales del Ministerio de Salud. Como podemos ver, la percepción de los servicios de salud públicos en nuestro país es muy mala, y se encuentran muy desprestigiada, el déficit de recursos tanto de infraestructura y de médicos sumado a ello el mal trato a los pacientes; son características que se observa a diario, ante esta problemática el Estado con recursos escasos, tiene que buscar estrategias que permitan mejorar la prestación de los servicios públicos.

La propuesta de la Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico “Un Plan para salir de la pobreza: Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025”, revela las brechas de infraestructura en los diferentes sectores de nuestro país, y en el caso específico del sector salud, señala:

En el sector salud se tiene una brecha de inversión en infraestructura de US\$ 18,944 millones a largo plazo, para el periodo 2016 – 2025. Por su parte, con relación a los proyectos en el mismo sector, de los que se dispone de información cuantitativa, se espera una inversión aproximada de US\$ 1,798 millones durante el mismo periodo.

Evidentemente, estos proyectos no pueden cubrir la brecha calculada para el plazo 2016 – 2020, que es de alrededor de US\$ 9,472 millones. En ese sentido, para cubrir los requerimientos de infraestructura a mediano plazo y largo plazo, sería necesario realizar una inversión adicional de US\$ 7,674 millones y US\$ 9,472 millones, respectivamente, por encima de las inversiones programadas en cartera. (p.119).

El indicador camas de hospital por habitante, publicado por la CIA World Factbook, actualizada a enero 2018, muestra que nuestro país se encuentra entre los países con mayor déficit en el ranking 125 con 1.5 camas por cada 1,000 habitantes, igual que Colombia y México, en tanto nuestros países vecinos como Chile con 2.1, Brasil con 2.3, y por el lado de Europa España con 3.1 por cada 1000 habitantes.

Un dato muy importante respecto al ranking del indicador camas de hospital/paciente, es que Japón es el país que lidera dicho indicador, por lo que es necesario analizar a fondo la gestión de la salud publica en ese país para obtener datos que puedan ayudar a mejorar la gestión en salud de nuestro país.

Por otro lado, otro factor que agudiza esta problemática es la concentración de infraestructura en Lima, y el déficit más agudo en provincias, Lima cuenta con 162 hospitales, mientras que el resto de las regiones tienen en promedio solo 15 hospitales.

En el Plan Bicentenario, en el Eje Estratégico 5 Desarrollo regional e infraestructura, menciona lo siguiente:

Un problema fundamental para el desarrollo económico peruano es el enorme desequilibrio en infraestructura y concentración espacial de la inversión que existe entre Lima Metropolitana y el resto del país, y entre costa, sierra y selva. Actualmente Lima concentra el 52,6% del valor agregado bruto (VAB) nacional, al mismo tiempo que la costa concentra el 27,3%, la sierra el 14,9% y la selva el 5,2%. (Pág. 64).

Según el estudio Índice de Competitividad Regional INCORE 2018, realizado por el Instituto Peruano de Economía, en el Pilar Infraestructura:

Las regiones de la costa encabezan la competitividad en el pilar Infraestructura, mientras las regiones menos competitivas, Loreto y Amazonas, se encuentran en la selva del país. Lima es la región más competitiva y ocupa el primer puesto en cuatro de los ocho indicadores que determinan este pilar. El indicador más débil continúa siendo precio de electricidad, en el cual retrocedió tres posiciones. (p.8)

Las estrategias para ejecutar deben llevar al Estado a establecer alianzas con el sector privado, toda vez que jamás podrá atender la brecha existente, por sí solo, con sus propios recursos, ni cuenta con la capacidad técnica para llevar a cabo proyectos de gran envergadura, ni asegurar el acceso, la calidad y los recursos para cubrir las necesidades de infraestructura.

Es primordial determinar correctamente la modalidad de la ejecución del proyecto de infraestructura, ya que se cuenta con tres formas básicas de financiar la provisión de servicios de infraestructura, la primera es a través de la obra pública, que requiere de financiamiento del Estado, la segunda es aquella cuyo financiamiento proviene del sector privado, es la denominada Obra por Impuestos, y la última es mediante la asociación público-privada, las que pueden a su vez ser concesiones o iniciativas privadas.

En el caso particular del Seguro Social de Salud, la situación es la misma que de otros hospitales y centros asistenciales bajo la administración del Ministerio de Salud, la demanda sigue avasallando la oferta actual, pero la mala información y la falsa creencia por parte del propio personal administrativo y asistencial, quienes organizados en grupos sindicales se oponen a la adopción de nuevos mecanismos de inversión como son las Asociaciones público Privadas, que lejos de privatizar al Seguro Social de Salud, ayudaría de proveer de infraestructura y recursos a favor de la mejora en la atención de los asegurados.



Ante esta problemática, surgen los proyectos de infraestructura social, que a diferencia de la infraestructura productiva:

Son obras que tienen como objeto contribuir a satisfacer las necesidades básicas de la población rural en situación de pobreza, y financian las siguientes líneas de intervención: centros educativos, puestos de salud, agua potable, letrinas, trochas, puentes carrozables, puentes peatonales y redes secundarias de electrificación.” (IBT Group).

En este contexto, la falta de hospitales, y centros de salud se constituyen como infraestructura social, pues corresponden al sector salud.

La oferta actual de infraestructura hospitalaria en el Seguro Social asciende a 400 Establecimientos de Salud, entre los tres niveles de atención:

- 10 establecimientos de Salud de Alta Complejidad III Nivel de Atención
- 84 establecimientos de Salud de Mediana Complejidad II Nivel de Atención
- 306 centros de atención primaria.

La brecha existente es de 200 establecimientos de salud, cuya inversión asciende a 16,000 millones de soles.

Indicador de Producto Asociado a la Brecha de Servicios nuevos (Brecha de cobertura)	Oferta Real proyectada /no incluye Institutos	Oferta Óptima	Brecha de EESS nuevos	Inversión (S/)*	Inversión (US\$)**
Establecimientos de salud del primer nivel de atención	486	306	180	6,964	2,097
Hospitales de mediana y alta complejidad	112	92	20	9,320	2,807
<b>Total</b>	<b>598</b>	<b>398</b>	<b>200</b>	<b>16,284</b>	<b>4,904</b>

\*Millones de soles

\*\*Millones de dólares (T/C: 3.32)

**OPORTUNIDAD DE INVERSIÓN**

Figura 3. Brechas de Nueva Infraestructura de EsSalud  
Plan Director de Inversiones 2016-2025 – GCPP EsSalud

#### 2.1.4. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

La controversia generada respecto a la naturaleza de los servicios públicos que debe brindar el Estado ha hecho más difícil su conceptualización. Guzmán (2002) señala lo siguiente:

La tesis inicial sobre la naturaleza de los servicios públicos se basaba en la consideración de que el servicio público era aquel prestado única y directamente por el Estado, como parte de la función o actividad prestacional del mismo. De hecho, algunos autores han afirmado incluso que toda actividad estatal, de naturaleza administrativa, configura servicio público.

Ahora bien, en tanto existe una naturaleza prestacional de la labor del Estado debía entenderse que el servicio público es tal si es prestado en forma directa por las diversas entidades de la Administración Pública. Ello tiene su origen en la famosa Sentencia Blanco,

que a su vez dio lugar a la concepción francesa del servicio público, que manejaban juristas como Duguit que de alguna manera se conserva hasta el momento, incluso en la jurisprudencia francesa.

Cuando se hizo patente la aparición del Estado de Bienestar (y por ende, del Estado Social de Derecho) se generó, como resultado inmediato, la necesidad de la existencia de una Administración Pública prestadora de servicios. Dichos servicios debían ser prestados por el Estado en forma directa, a través de mecanismos de gestión. Paulatinamente, conforme las necesidades de la población aumentaban, fue necesario que el Estado creara entes especializados en la prestación de dichos servicios. Seguidamente, y como los mecanismos de la administración pública resultaban inefectivos para ello, fue necesario inclusive tomar prestados conceptos de administración privada para hacer eficiente la gestión de los servicios públicos. Como resultado, aparecieron las llamadas empresas públicas, personas jurídicas de derecho privado, pero que pertenecían de manera directa al Estado. Sin embargo, el hablar de empresa pública implica, de alguna manera, una contradicción, dado que en principio las empresas son entes creados para la producción de lucro, entendido éste como la ganancia de sus dueños. Asimismo, el Estado, por definición, no produce lucro. Tal contradicción, aunado al hecho de que los representantes del Estado en las juntas de las empresas estatales carecen de incentivo económico (los dividendos), incentivo que sí poseen los socios de una empresa privada, ha sido la que ha generado la conocida ineficiencia de las empresas públicas en la mayoría de las naciones del Planeta.

Por otro lado, la empresa pública genera distorsiones en la economía, al crear entes económicos que no están sometidos al mercado. En primer lugar, las empresas públicas

utilizan fondos públicos para su funcionamiento, que a su vez se sustentan mediante el sistema impositivo. Asimismo, no son susceptibles de incurrir en insolvencia, dado que el Estado nunca quiebra.

Finalmente, las empresas públicas emplean infraestructura del Estado. Como resultado de ello, y aún si las empresas públicas operasen en el mercado concurriendo con entes privados, generarían competencia desleal, la misma que perjudica a la economía en su conjunto. (p.77).

Es preciso recordar, que antes de la década de los 90' el Estado Peruano era el único que proveía servicios públicos a la población, mostrando deficiencia en la provisión de los servicios, sumado a sus limitaciones presupuestales se hizo acreedor de una mala imagen como prestador de servicios públicos. El déficit resultante en los Estados Financieros de las empresas públicas solventadas con recursos del Estado era la muestra clara de la falta de capacidad técnica y de gestión en la provisión de infraestructura pública y prestación de servicios públicos básicos.

Ante esta problemática surge otra teoría que muestra la necesidad de contar con otros mecanismos que permitan lograr el objetivo final: el de coberturar la población demandante en la prestación de servicios públicos esenciales, sin importar quien lo brinde.

#### **2.1.5. EL ROL SUPERVISOR DEL ESTADO PERUANO EN EL SECTOR SALUD**

El rol supervisor del Estado Peruano en el sector salud ha ido evolucionando con el tiempo, en respuesta a la necesidad de controlar y fiscalizar el cumplimiento de las políticas nacionales del sector en salvaguarda de los derechos de la población. Para comprender como se ha ido produciendo estos cambios es necesario remontarnos al año 1997, año en que se crea la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, “con el fin de autorizar, regular y supervisar

el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos” (Ley N° 26790, Art. 14°).

Precisamente con la Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social, se crea la primera institución encargada de fiscalizar a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), definidas en el Art. 13° como aquellas “empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud”.

Posteriormente, durante el segundo período de gobierno de Alan García Pérez en el año 2009, se promulga la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y se crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), un organismo supervisor con un ámbito de aplicación más amplio que las SEPS, y se le encarga las funciones de “registrar, autorizar, supervisar, y regular a las instituciones que administran fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS)”.

En el año 2013, se crea la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), actual ente supervisor del sector salud.

Nace como un organismo técnico, especializado adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, encargada de autorizar, registrar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el ámbito de su competencia. (TUO Ley N° 29344 Ley del AUS, art.9).

SUSALUD es la institución que se encarga de velar por el cumplimiento de los derechos en salud de todos los peruanos y sus acciones se orientan a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento. (SUSALUD, 2017, p.1)

Asimismo, SUSALUD cuenta con tres órganos de la Alta Dirección encargados de dirigir sus procesos misionales, orientados a fortalecer el pleno derecho a la salud:

- La Superintendencia Adjunta de Promoción y Protección del Derecho en Salud.
- La Superintendencia Adjunta de Supervisión
- La Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización

#### **2.1.6. LA POTESTAD SANCIONADORA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

La Superintendencia Nacional de Salud, ejerce su facultad sancionadora sobre toda acción u omisión que afecte: el derecho a la vida, la salud, la información de las personas usuarias de los servicios de salud, y la cobertura para su aseguramiento. Así también los estándares de acceso, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas. (TUO Ley N° 29344, art.15).

El Reglamento de Infracciones y Sanciones establece las normas procedimentales para ejercer su potestad sancionadora administrativa, sobre todas las IPRESS, IAFAS y UGIPRESS, que hayan cometido algún acto infractor que vulnere el derecho a la salud de los ciudadanos. En ese sentido constituye una infracción:

Toda acción u omisión que afecte: i) el derecho a la vida, la salud, la información de las personas usuarias de los servicios de salud y la cobertura prestacional o financiera de su aseguramiento, y; ii) los estándares de acceso, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves, y se encuentran tipificadas en los Anexos I, II y III del Reglamento de Infracciones y Sanciones (Decreto Supremo 031-2014-SA, Art. 2°).

En efecto, cuando se detecta una infracción, producto de las acciones de supervisión o vigilancia respecto al cumplimiento normativo en materia de información por parte de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, asimismo ante una queja interpuesta por un usuario ante SUSALUD. En ambos casos se inicia la fase instructora del Procedimiento Administrativo Sancionador (PAS).

Dicha facultad sancionadora es ejercida cuando la acción supervisora se efectiviza en una denuncia, ya que además de tener la facultad de sancionar a los establecimientos de Salud y servicio médicos de apoyo ya sea públicos, privados y mixtos puede recomendar el inicio de procesos administrativos, civil y/o penal a los involucrados que pudieran afectar la Salud de los pacientes, así como realizar el seguimiento de dicha acción (Decreto Legislativo N° 1158 y 1289).

Así mismo “de la comisión de un acto que afecte el derecho a la salud de las personas pueden derivar diversos tipos de responsabilidades, según el bien jurídico protegido y la naturaleza de la acción” (Quijano, 2015, p.140).

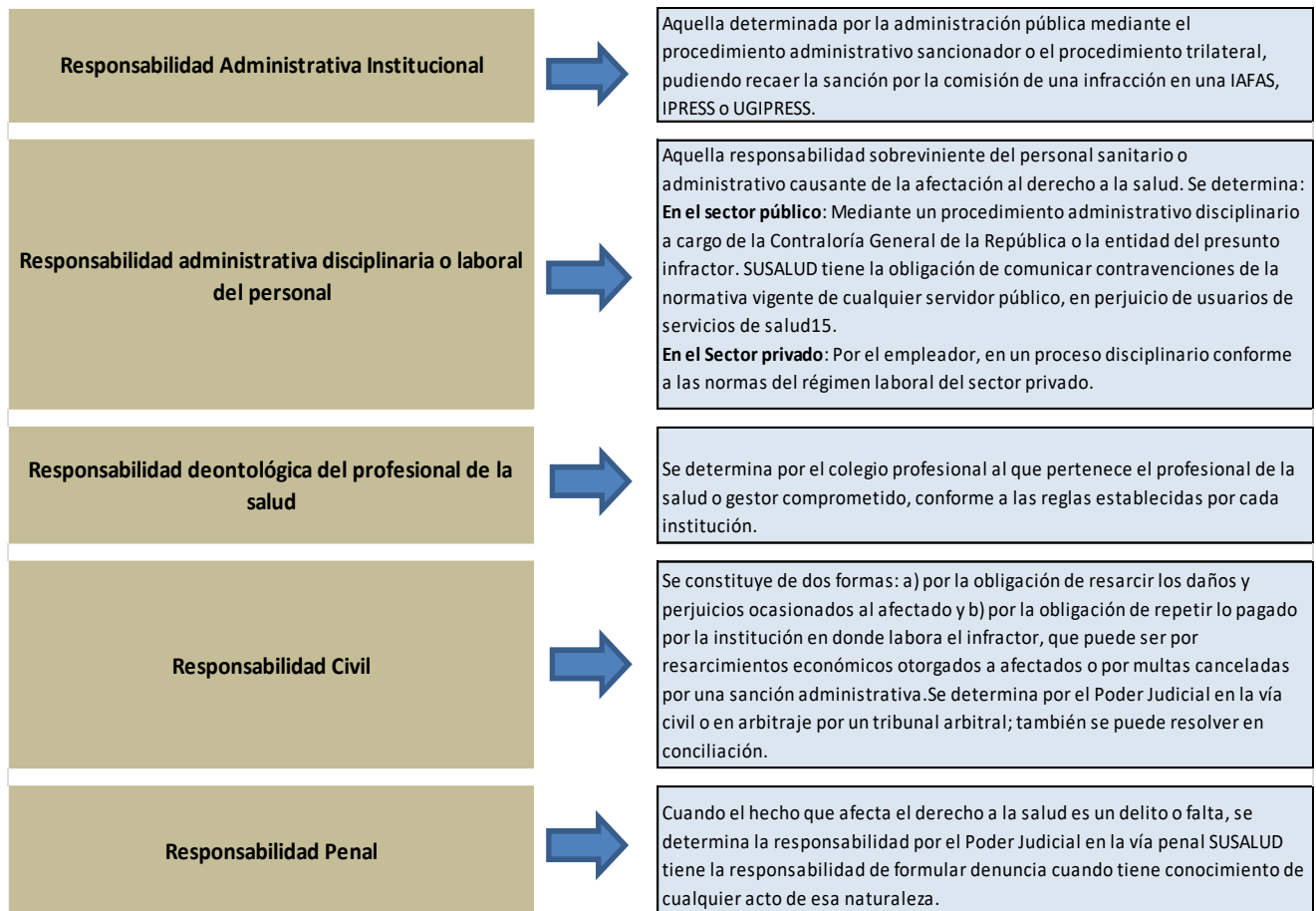


Figura 4. Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD  
Elaboración propia

Es importante mencionar, que corresponde a SUSALUD la determinación de la Responsabilidad Administrativa Institucional.

Con las últimas disposiciones establecidas con el Decreto Legislativo N°1289, se le atribuye la facultad de recomendar el inicio del proceso administrativo civil y/o penal a o los involucrados, así como realizar el seguimiento de dicha acción. (Art. 8°).

Otro punto para considerar es lo señalado en el Artículo 9, en lo relativo a las Medidas de Seguridad que podrá aplicar cuando se advierta un riesgo inminente para la salud y la vida de la población, pudiendo ser las siguientes:



- a) Suspensión temporal de una o más unidades productoras de servicios de salud de la IPRESS.
- b) Cierre temporal de IAFAS e IPRESS
- c) Otras que resulten pertinentes.

Se concluye mencionando que SUSALUD resuelve en primera instancia el PAS, a través de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización (SAREFIS), y en segunda y última instancia a través del Tribunal de SUSALUD.

A comparación de otros sistemas de otros países latinoamericanos, que promueven la judicialización de la salud, en nuestro país al considerar el derecho a la salud como un derecho programático y no fundamental, éste no se judicializa y lo que hace es orientar su facultad fiscalizadora y sancionadora a la gestión de riesgos que incluye procesos de quejas, intervenciones de oficio, promoción de derechos, junta de usuarios y en caso de infracciones a la norma (leves, moderadas y graves) el PAS, donde SUSALUD identifica la responsabilidad y determina la sanción correspondiente. (Quijano y Munares, 2016).

Es necesario precisar que ésta potestad supervisora ejercida por SUSALUD a través de sus dos Intendencias no alcanza a aquella requerida para la última etapa en la implementación de una Asociación Público Privada correspondiente a la ejecución contractual, y lo señala Ruiz (2017) “Como el sector salud no cuenta con una entidad reguladora, la supervisión recae en la entidad concedente, entidad que debe contratar empresas supervisoras especializadas que apoyen en la correcta supervisión del contrato APP” .

En conclusión, queda claro que la potestad supervisora de SUSALUD, no alcanza a la supervisión de los contratos APP, pero si a la gestión sanitaria de los establecimientos de salud administrados

bajo esta modalidad público-privada, en el marco de la protección de los derechos en salud de los ciudadanos.

### **2.1.7. ALCANCE DE LAS ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN EUROPA Y AMÉRICA LATINA**

Para comprender la importancia de este mecanismo, es necesario conocer cuál ha sido su rol en el desarrollo de valor público en el contexto global.

Si bien es cierto, este mecanismo de participación de la inversión privada no es nuevo en los países europeos, son ellos quienes pueden proporcionar una data histórica de los beneficios y riesgos que conlleva la aplicación de este modelo. A nivel del mundo occidental Reino Unido es uno de los países pioneros en el uso de este mecanismo que data de los años 1990, cuando éste carecía de presupuesto para infraestructura económica, como carreteras y puentes, cuando existía limitaciones presupuestales para la provisión de infraestructura social como escuelas, hospitales, albergues, cárceles, donde las demoras en los plazos y sobrecostos de obras públicas detenían el desarrollo del país. Como parte de ésta experiencia que conllevó una serie de cambios y regulaciones en su normatividad, surge el modelo Private Finance Initiative (PFI), que mejoraba las modalidades anteriores, como la privatización y las concesiones, recordemos que las privatizaciones trasladaban la titularidad del activo al privado, y en las concesiones se le otorgaba a éste el derecho de explotación por períodos de tiempo mayores a 20 años, sin que el Estado pierda la titularidad, claro está que contractualmente las Asociaciones Públicas Privadas son formas de concesión, pero que le aportan valor al Estado. Pero en este caso había ciertas características que hacía que el modelo Private Finance Initiative se diferenciara a la figura de la concesión, según Giraldo (2013):

El mecanismo de pago creado bajo este esquema significa que los servicios se pagan a medida que se consumen, pero el volumen del pago está vinculado a la calidad y cantidad del servicio prestado. Si se implementa adecuadamente, el mecanismo de pago ajusta los intereses del proveedor de servicios a la organización del sector público, a quien se van a prestar los servicios. (p.19)

En ese sentido, no hay que olvidar que el marco regulatorio, es primordial y la clave del éxito del buen funcionamiento de esta figura, como ya hemos visto en otros casos los proyectos desarrollados bajo este esquema requiere de una adecuada distribución de riesgos, y donde la supervisión juega un rol importante, que debe determinar las obligaciones contractuales de ambas partes, evitando así los sobrecostos que desnaturalizarían el lado ventajoso del uso de este mecanismo. Giraldo (2013) afirma:

Norteamérica, Oceanía, Canadá y Australia han creado marcos de regulación e instituciones para promover este tipo de contratos. En Asia, Corea tiene el liderazgo con más de 450 contratos desarrollados a través de esquemas de APP. En América Latina, los proyectos que se ejecutan bajo esquemas de APP se denominan mayoritariamente contratos de concesión, ya sea que éstos involucren o no aportes públicos para su financiamiento. (p.19)

Hoy en día el Reino Unido, es el país miembro de la Unión Europea con más de 1,000 proyectos APP desarrollados desde 1990 hasta el 2016, utilizando recursos privados para dotarse de infraestructura en más del 65% de la inversión total, siendo su mayor participación en los sectores de energía, telecomunicaciones y saneamiento.

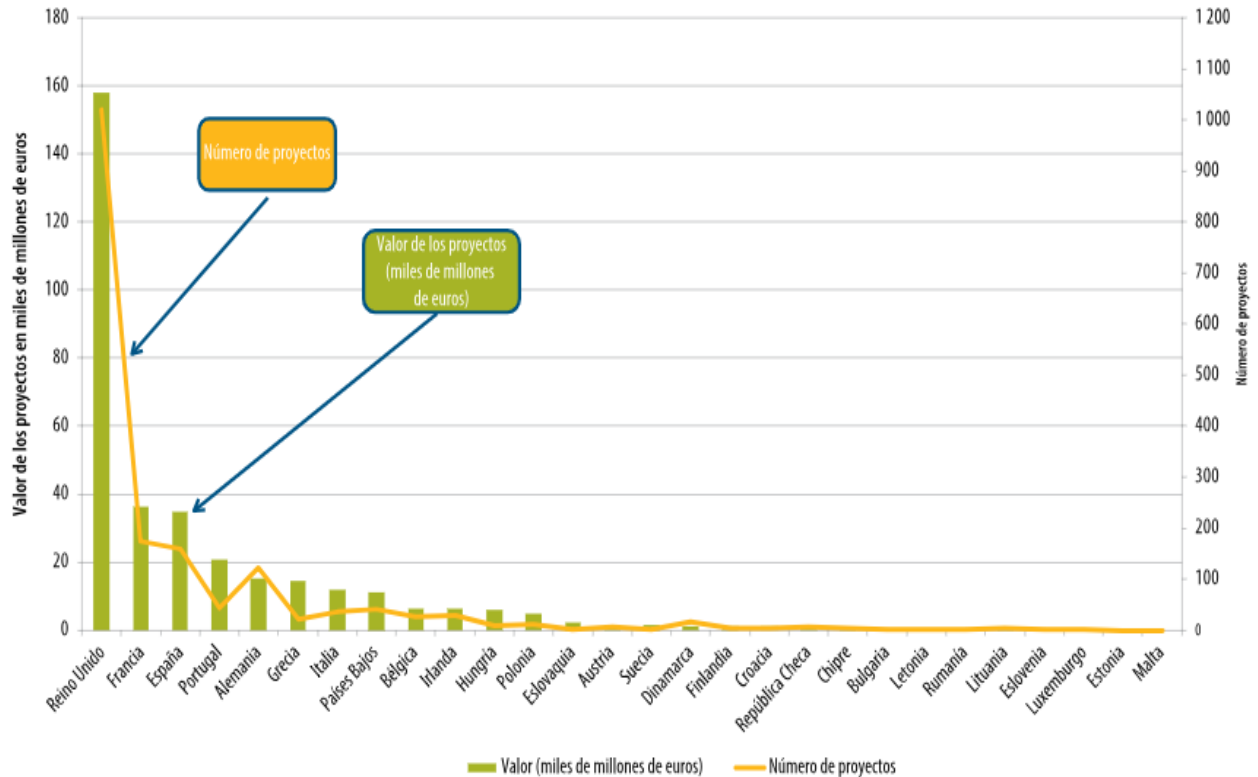


Figura 5. Distribución de proyectos de APP a nivel de Unión Europea. Tribunal de Cuentas Europeo (2016)

En un contexto más cercano, en América Latina, un factor que impulsó a varios países de la región a buscar el desarrollo fue el querer formar parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y para ello era necesario mejorar diversos aspectos como la infraestructura, los niveles de educación y ampliar la cobertura de los servicios de salud; factores claves para países emergentes que buscan el desarrollo. Es así como, en el 2016, en una coyuntura de incertidumbre, aún prevalecía las deficiencias en esos sectores claves, sumado a ello la brecha existente en infraestructura económica y social hacían de éste un escenario propicio para que los gobiernos busquen alternativas de desarrollo y potenciar la inversión pública y privada, que habían quedado estancados. Así lo expresa Kogan y Bondorevsky (2016) citado por Vasallo (2018):

De acuerdo con la OCDE, en 2017 América Latina presentaba todavía una importante brecha con los países de la OCDE en muchos aspectos claves del desarrollo como son la pobreza, la educación o la salud. Asimismo, se mantenía una fuerte desigualdad en lo que a calidad de la infraestructura se refiere. (p.10)

Ante este escenario, era evidente que mientras los gobiernos no contaban con recursos presupuestarios suficientes para generar mayor índice de inversión pública, era necesario acudir al sector privado, y una de las primeras tareas fue la de mejorar la infraestructura. En ese sentido Perroti (2011) citado en Vasallo (2018), afirma:

Con el fin de reducir la brecha de dotación de infraestructuras existente se deberían mantener unos niveles de inversión del orden del 6% del PIB durante el periodo 2012-2020. Para conseguir esta meta es necesaria la implicación del sector privado ya que la inversión pública no ha superado el entorno del 2-2,5% del PIB en la última década en América Latina. (p.10).

Aunque las Asociaciones Público-Privadas, datan de muchos años atrás, los gobiernos han apostado por los cambios normativos y regulatorios para promover el desarrollo económico, habiendo ya experimentado los extremos como la privatización de las empresas públicas, pasando por la concesión de servicios básicos, hasta llegar a la modalidad de inversión público privado.

La provisión de recursos financieros también es un factor clave para el desarrollo del mecanismo, toda vez que el dinero es un recurso limitado, y la búsqueda de instituciones que financien megaproyectos es vital. Como lo afirma Vasallo (2018):

Para el correcto desarrollo de las APP es necesaria la existencia de mercados financieros lo suficientemente maduros, ya que de lo contrario los costes financieros se pueden hacer inasumibles. De acuerdo con este informe, países como Colombia, Brasil, México, Chile o Perú disponen de mercados financieros suficientemente desarrollados para asumir razonablemente programas de Asociaciones Público-Privadas en divisa nacional. La posibilidad de lograr financiamiento a bajo coste en moneda local tiene importantes ventajas. Por una parte, permite que los países estén libres de las restricciones impuestas por el financiamiento extranjero y, por otra parte, evita el riesgo de tipo de cambio y los costes asociados al mismo. (p.11)

En ese sentido, es importante conocer un poco más sobre el financiamiento para este tipo de proyectos, que implican una inversión considerable, cuyos socios estratégicos de las empresas privadas o constructoras locales, en la mayoría de los casos consorciadas, son constituidas por la banca privada comercial y la banca multilateral de desarrollo: Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, que además de proveer recursos financieros, también brindan la asesoría técnica en cada una de las fases por las que pasa un proyecto mediante Asociaciones Público Privadas, de acuerdo a la necesidad y la tipología de sus contratos.

## **2.2. BASES TEORICAS ESPECIALIZADAS EN EL TEMA**

### **2.2.1. LAS ASOCIACIONES PUBLICO PRIVADAS**

En la actualidad existen diversas formas de definir a las Asociaciones Público-Privadas – APP, en todas ellas converge el aporte de la capacidad técnica del sector privado, que lo hace más eficiente en la ejecución de proyectos, que no sólo reduce el tiempo de formulación del proyecto sino también acelera su ejecución.

Las Asociaciones Público-Privadas son acuerdos entre dos partes, una el gobierno y la otra la parte privada, llámese operadores y financiadores, en la cual los socios privados proveen un servicio público, de manera tal que los objetivos de provisión de servicios del gobierno se encuentren alineados con los objetivos de obtención de utilidad del sector privado y donde la efectividad depende de una adecuada transferencia de riesgos del sector privado. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2008).

Una asociación público-privada se refiere a un acuerdo entre el sector público y el sector privado en el que parte de los servicios o labores que son responsabilidad del sector público es suministrada por el sector privado bajo un claro acuerdo de objetivos compartidos para el abastecimiento del servicio público o de la infraestructura pública. Usualmente, no incluye contratos de servicios ni contratos llave en mano, ya que estos son considerados como proyectos de contratación pública, o de privatización de servicios públicos en los que existe un rol continuo y limitado del sector público. (World Bank Group, 2017)

En el contexto nacional, se define a las Asociaciones Público-Privadas como:

Modalidades de participación de la inversión privada en la cual se incorpora experiencia, conocimientos, equipos, tecnología y se distribuyen riesgos y recursos, preferentemente privados, con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública o proveer servicios públicos. Las APP se ejecutan bajo la modalidad de concesión, operación, gerencia, Joint Venture u otra permitida por la ley. (Agencia de Promoción de la Inversión Privada, 2017)

En el Artículo 20 de la reciente norma aprobada en junio del 2018, por el gobierno de Martín Vizcarra, que regula la promoción de la inversión privada mediante Asociaciones Público-Privadas y Proyectos en Activos, la define como:

Las Asociaciones Público-Privadas constituyen una modalidad de participación de la inversión privada mediante contratos de largo plazo en los que interviene el Estado, a través de alguna entidad pública y uno o más inversionistas privados. Mediante Asociaciones Público-Privadas se distribuyen riesgos y recursos, en este último caso, preferentemente privados. Se clasifican en cofinanciadas y autofinanciadas. (Decreto Legislativo 1362, 2018)

En esa búsqueda de mecanismos más eficientes que la obra pública tradicional, después de varios cambios y modificaciones a la normatividad sobre las concesiones, surgen las Asociaciones Público-Privadas como una solución para reducir la brecha de infraestructura en los sectores más sensibles del país, como lo es el sector salud, sin que el Estado pierda su titularidad.

### **2.2.2. LOS CONTRATOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADAS: TEORIA DE LOS CONTRATOS**

En materia jurídica los contratos son la materialización de un pacto o acuerdo entre dos partes interesadas, puede ser éste un concepto, pero podemos encontrar diversas definiciones, la Real Academia de la Lengua Española, lo define como “un pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se comprometen sobre una materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser obligadas”.

Dentro del contexto de la administración pública, es necesario recurrir a terceros particulares con quienes inevitablemente se celebrarán acuerdos, contratos ya sea para la compra de bienes y servicios, éstos en el marco de las contrataciones públicas, ya que el Estado por sí solo no puede abastecerse, según Trelles (2002):



El Estado va a requerir articularse para desarrollar muchas de las funciones que le son propias, no sólo porque le es materialmente imposible realizarlas por sí misma, sino también debido a la necesidad de eficiencia económica. Esta colaboración que el Estado requiere de los particulares se estructura bajo diversos mecanismos, uno de los cuales es el contrato administrativo.

La doctrina ha desarrollado una serie de posiciones sobre la naturaleza de los contratos que celebra la Administración y el régimen aplicable a éstos. En principio, la mayoría acepta que el Estado puede celebrar tanto contratos administrativos como contratos privados, pero discrepa en cuanto a los criterios que debe usarse para distinguir ambos mecanismos de contratación. (p. 237- 238).

Por su parte, De la Puente (1991) expresa:

Al contrato administrativo como el acuerdo de voluntades, generador de obligaciones, celebrado entre un órgano del Estado, en ejercicio de las funciones administrativas que le competen, con otro órgano administrativo o con un particular. Como criterios para caracterizar a un contrato como administrativo opta por el de su objeto (p. 361-362).

Se ha podido revisar la doctrina jurídica en la que se enmarca los contratos administrativos y es así como “los criterios existentes para diferenciar los contratos administrativos de los contratos civiles, va a depender de los sujetos, el de la voluntad de las partes y la calificación legislativa, el del objeto y el de las cláusulas exorbitantes” (Cassagne, 1999, p.13).

En un escenario donde el Estado no es autovalente, y necesita de los servicios del sector privado, que por su comprobada eficiencia, capacidad técnica y solvencia económica puede contribuir a

satisfacer ciertas necesidades o brindar servicios públicos en nombre del Estado, a este acuerdo de voluntades entre el Estado y un privado, se define como colaboración público-privada, el Estado obtiene rentabilidad social y el privado rentabilidad económica.

Este mismo pacto, deberá estar enmarcado en un contexto jurídico seguro, con reglas claras que garanticen la correcta ejecución contractual del servicio solicitado. En ese sentido “los contratos de colaboración público-privada se caracterizan por ser complejos, tanto en las prestaciones que incorporan como en los sujetos participantes, tanto públicos como privados, que excede en mucho la relación bilateral entre Administración y contratista del contrato de obras” (Gonzales, 2006, p.12).

El Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas, define la colaboración público-privada “en general se refiere a las diferentes formas de cooperación entre las autoridades y el mundo empresarial, cuyo objetivo es garantizar la financiación, construcción, renovación, gestión o el mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio” (p.3).

Este pacto de colaboración público-privada se formaliza contractualmente mediante los contratos de Asociación Público-Privada, el que contemplará las obligaciones de ambas partes, así también:

Es el documento que regula la ejecución del proyecto de APP entre el Estado y el inversionista, al establecer los derechos y obligaciones de las partes, el régimen de los bienes del proyecto, su estructura económico-financiera, la asignación de riesgos entre las partes, las garantías para el proyecto, los incumplimientos por desempeño, las reglas de suspensión y la terminación del contrato, entre otros aspectos. Es común que el contrato de APP, además del texto principal, esté conformado por anexos en los que se detallan, principalmente, los aspectos técnicos del proyecto (por ejemplo, la ubicación de las

subestaciones eléctricas en proyectos de transmisión, las condiciones del gas natural transportado en proyectos de hidrocarburos, los índices de calidad de la infraestructura de transporte), la tabla de penalidades y los lineamientos para la constitución de fideicomisos, entre otros temas Asociación Público Privada. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016, p.5).

En el contexto nacional, y de acuerdo con la normatividad que promueve la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público-Privadas y Proyectos en Activos, es en la etapa de estructuración que se inicia la elaboración del proyecto del contrato.

Corresponde exclusivamente a los Organismos Promotores de la inversión Privada OPIP, la Estructuración del proyecto, así como el desarrollo del Proceso de Promoción y el diseño del Contrato de APP, sin perjuicio de las opiniones e informe previos regulados en el artículo 41 de la Ley. Durante la fase de Estructuración, el OPIP convoca a la entidad pública titular del proyecto, organismo regulador de corresponder, y al MEF a reuniones de coordinación para recibir comentarios, sugerencias y apreciaciones generales sobre el diseño del Contrato y su correcta ejecución, para lo cual, administra y gestiona las solicitudes de información sobre los temas de competencia de cada una de las entidades. El OPIP procura que los mecanismos de pagos estén vinculados a la prestación del servicio y/o disponibilidad de la infraestructura, para lo cual realiza previamente una evaluación de alternativas de mecanismos de pago. En esta fase, el OPIP, directa o indirectamente, analiza el interés de potenciales participantes y financistas en el proyecto. (Art. 48, DS. N° 240-2018-EF)

Es preciso mencionar, que la norma vigente, nos referimos al Decreto Legislativo N° 1362 Decreto Legislativo que regula la promoción de la Inversión Privada, mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos, aprobada el 21 de julio del 2018, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 240-2018-EF, ha derogado al Decreto Legislativo N° 1224, que constituía el marco normativo inicial, y a su reglamento, con ella se dispone diversos cambios, entre los cuales se encuentran los relativos a los contratos, así como la exigencia de la estructuración económica financiera como parte de la declaratoria de interés así como de las versiones del contrato, las que debe contener como mínimo:

1. Construcción del Flujo de Caja del Proyecto.

- a) Estimación de costos y gastos de inversión diferenciando gastos generales y utilidad del constructor, así como el margen de variabilidad asociado al grado de desarrollo del diseño de ingeniería y otros gastos asociados a la inversión.
- b) Estimación de costos y gastos de operación y mantenimiento.
- c) Estimación de los ingresos del proyecto y sus proyecciones.
- d) Estimación del cofinanciamiento, en caso de que se requiera.
- e) Supuestos financieros y estructura de financiamiento.

2. Construcción de los Estados Financieros, incluyendo el Estado de Resultados y el Estado de Situación Financiera proyectados por el plazo del proyecto.

3. Construcción del Flujo de Caja del Estado proyectado incluyendo el Flujo de Compromisos Firmes y Compromisos Contingentes, costos por interferencias, adquisiciones, expropiaciones, reubicaciones o reasentamientos, ingresos a percibir, entre otros.

- Análisis de sensibilidad. El modelo económico financiero del proyecto debe ser presentado en hoja de cálculo, detallado y con fórmulas, e incluir un manual de uso. (Art. 35° D.S. N° 240-2018-EF)

Efectivamente, un contrato de Asociación Público-Privada tiene que ser diseñado con mucho cuidado y teniendo en cuenta los correspondientes productos y costos durante todo el ciclo de vida del proyecto, lo cual puede permitir al sector privado reducir costos al tiempo de mejorar la calidad de servicio, lo que redundará en la satisfacción de la población.

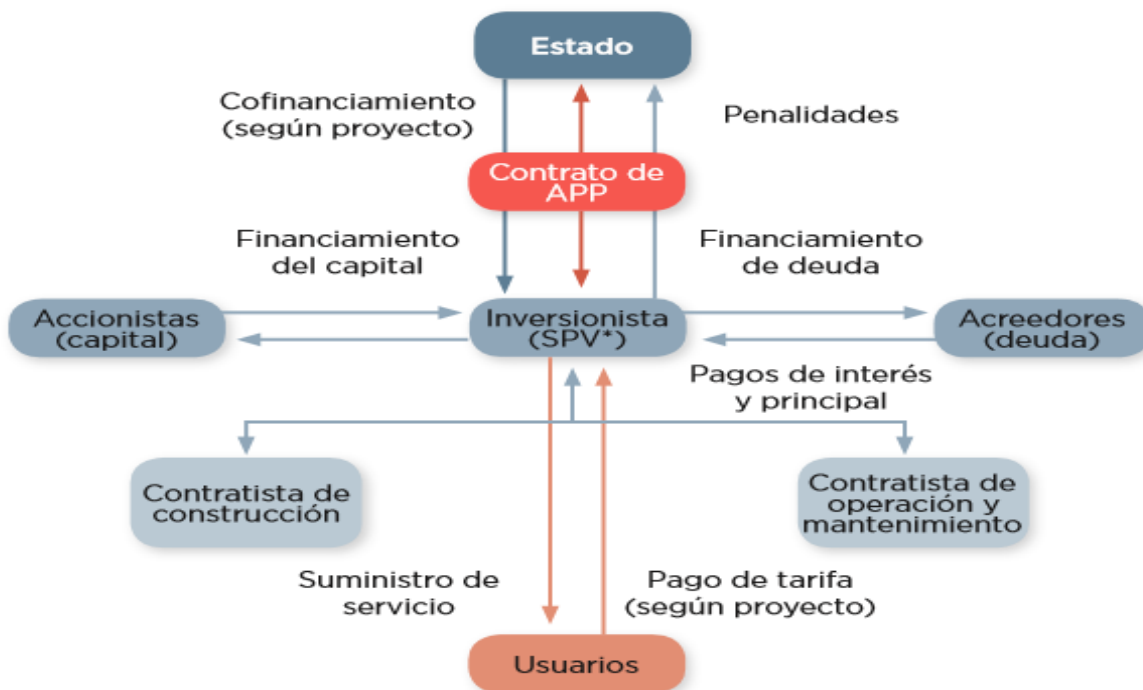


Figura 6. Estructura contractual típica vinculada a una APP  
Banco Interamericano de Desarrollo (2015)

En el contexto actual, el modelo jurídico utilizado con mayor frecuencia es la concesión, donde el agente privado y el Estado estrechan vínculos para brindar un servicio público en bien de la población, sin que el Estado pierda la titularidad.

### **2.2.3. TIPOLOGÍA DE CONTRATOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADAS**

En el contexto internacional, podemos encontrar diversas categorías, que dependerán del grado de participación del sector privado, estipulados en el contrato, entendido como obligaciones de ambas partes y la asignación de los riesgos. No existe marcos teóricos sobre estas tipologías, porque en sí, cada proyecto es elaborado para satisfacer una necesidad identificada por el Estado, para lo cual se elabora un contrato que determina obligaciones y riesgos de ambas partes, adecuados para tal necesidad, y se rigen a las normas del derecho civil, de cada país. Es menester del Estados a través de sus representantes asegurar que dichos contratos mantengan el beneficio para la población y se asegure el cumplimiento cabal del principio “valor por dinero”.

Así mismo, las Asociaciones Público-Privadas no constituyen un tipo de contrato, más bien son instrumentos de vinculación del capital privado con el Sector Público, para lo cual supone la existencia de un contrato formalizado jurídicamente, y este puede tomar diversas formas e instrumentarse jurídicamente mediante diversos tipos de contratos, según el World Bank Group pueden ser:

- Reestructuración de empresas de servicios públicos, mercantilización y descentralización
- Obras civiles y contratos de servicios
- Acuerdos de Gestión y operación
- Concesiones, BOT, DBOs
- Joint Ventures y Desprendimiento parcial del patrimonio público o desprendimiento total.

Al respecto de todos aquellos tipos de acuerdo contractuales, van a estar definidos por ciertos factores, entre ellos: el alcance de la distribución de los riesgos hacia ambas partes, otro aspecto es el financiamiento, y por último la titularidad del activo. De acuerdo con lo publicado por el Banco Interamericano de Desarrollo (2014):

Los contratos APP pueden ser categorizados en una posición intermedia entre formas de relación contractual entre sector público y privado, ya que no corresponde a un contrato público tradicional ni a un servicio completamente privado. Esta situación intermedia se caracteriza en el siguiente esquema que ilustra la posición relativa de los contratos más frecuentes, considerando la responsabilidad pública o privada en la generación de un servicio.

- Construcción: corresponde a contratos de tipo tradicional, donde se licita una construcción con el diseño aportado por el Estado
- DC Diseño y construcción, donde el privado es quien elabora el diseño y lo construye, a partir de los requisitos establecidos por el Estado.
- DBOT Diseño, construcción, operación y transferencia final al Estado, es el más utilizado en sus tres variantes.
- Servicio, donde el privado provee completamente el servicio contratado.

En nuestro país, las Asociaciones Público-Privadas se ejecutan bajo la modalidad de concesión, operación, gerencia Joint Venture u otras permitidas por la legislación peruana.

En esa medida, se pueden llevar a cabo contratos por iniciativa privada o iniciativa pública, esto dependerá de donde se origine la propuesta. Según la normatividad vigente, el artículo 22 del Decreto legislativo N° 1362, señala la siguiente clasificación:

- Cofinanciadas: son aquellas que requieren cofinanciamiento, u otorgamiento o contratación de garantías financieras o garantías no financieras que tienen probabilidad significativa de demandar cofinanciamiento de parte del Estado.
- Autofinanciadas: aquellas con capacidad propia de generación de ingresos, que no requieren cofinanciamiento y cumplen con las siguientes condiciones:
  - Demanda mínima o nula de garantía financiera por parte del Estado.

#### **2.2.4. MODELOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA EN EL SECTOR SALUD**

Las herramientas y mecanismos en las que se base o se apoye el Estado, para proveer de los servicios públicos cuya demanda es masiva y la oferta deficiente son numerosas. No obstante, lo anterior, la capacidad de gestión y negociación con los inversionistas del sector privado debe ser evaluado y adecuado a la realidad de cada país, en diversos aspectos, pero principalmente en el marco jurídico y regulatorio.

Grijalva (2012) afirma: “Las estrategias no son creación exclusiva del gobierno central, sino que surgen de alianzas público-privadas que contienen elementos de orientación política, participación de la sociedad civil y creación de consenso de entendimiento público” (p.9).

Este mecanismo de inversión propone que la empresa privada asuma, sólo o asociado, los riesgos de diseño, financiamiento, construcción, equipamiento y mantenimiento de los activos con los que se presta el servicio al Estado, es más puede asumir también la prestación médica asistencial.

Finalmente, son los contratos y sus diferentes modalidades aquellos en los que se define el otorgamiento de la prestación. Es necesario señalar los tres tipos de servicios que se puede prestar en el sector salud:



- Los de “Bata blanca o Integradas”, aquellos que incluyen servicios clínicos.
- Los de “Bata verde”, en los que se incluye servicios de apoyo al diagnóstico.
- Los de “Bata gris”, asociado a infraestructura y servicios complementarios.

Tabla 1  
*Modelos de Asociación Público Privadas en el sector salud*

Nombre	Tipo de APP	Alcance	País
Hospital La Florida	Bata gris	Diseño y construcción y servicios no clínicos	Chile
Hospital de Maypú	Bata gris	Diseño y construcción y servicios no clínicos	Chile
Hospital El Bajío	Bata gris	Diseño y construcción, servicios no clínicos y equipamiento médico	México
Hospital do Suburbio	Bata blanca	Habilitación hospital recién construido y servicio de salud integral	Brasil
Hospital Alberto Barton	Bata Blanca	Diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral con población asignada	Perú
Hospital Guillermo Kaelin	Bata Blanca	Diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral con población asignada	Perú
SALOG Red de almacenes y farmacias	Especializado	Construcción de almacenes, remodelación de bodegas de hospitales	Perú

**Nota.** Fuente: Elaboración propia, BID 2017

En nuestro país, desde finales del 2007 el Seguro Social de Salud, en su afán de mejorar la calidad y oportunidad de los servicios brindados a los asegurados inicia la promoción del desarrollo de Asociaciones Públicos Privadas para la provisión de infraestructura y servicios públicos en salud en la modalidad de “Gestión de la Prestación Integral de Servicios de Salud” denominada comúnmente APP Integradas o de Bata Blanca, en la que el concesionario se hace cargo de los servicios generales, así como de los servicios asistenciales.

En la sistematización que realiza el Seguro Social de Salud, publicada en mayo de 2016, denominada “Asociaciones Público-Privadas, experiencia de la Bata Blanca” relata lo siguiente:

En el 2010 firma contrato con dos APP de bata blanca, para la construcción y manejo de los hospitales Alberto Barton Thompson de la Red Asistencial Sabogal del Callao y Guillermo Kaelin de la Fuente en Villa María del Triunfo de la Red Asistencial Rebagliati. Dichos establecimientos de salud fueron construidos, equipados y entraron en operación en abril del 2012. El contrato considera la prestación de servicios asistenciales en EsSalud por medio de operador privado durante 30 años, a contar desde el cierre financiero.

Los complejos hospitalarios gestionados en la modalidad integradas o de bata blanca, atienden a un total de 250,000 asegurados adscritos en cada una de ellas, se espera que eventualmente la demanda no exceda la capacidad resolutive de dichos establecimientos, que hoy en día brindan una atención con mayor calidad y con menor tiempo de espera para las citas.

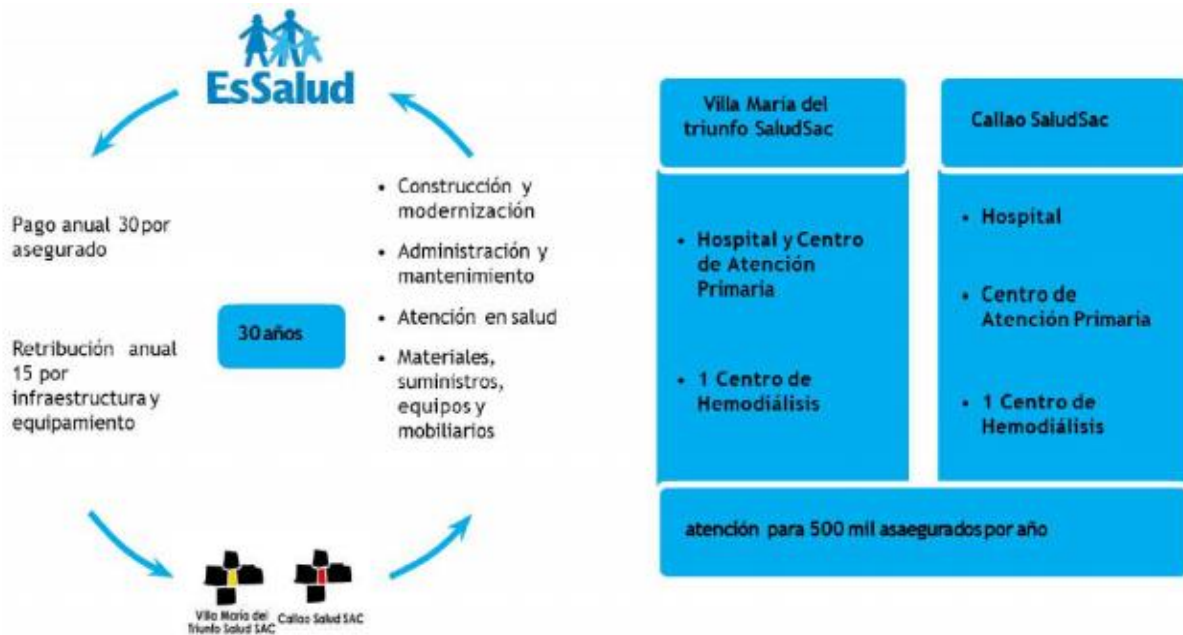


Figura 7. Modelo de contrato APP EsSalud  
Ayuda Memoria Complejo Hospitalario Alberto Barton y Guillermo Kaelin (2017)

La presencia del inversionista privado en la provisión de servicios públicos, a través de Asociaciones público-privadas, se ha ido masificando en un entorno donde la población demandante día tras día exige una mejor calidad de atención y una mayor cobertura. Es así como los gobiernos buscan otras alternativas de provisión de servicios públicos diferentes y alternativos a la obra pública tradicional, que además de constituir un mecanismo que demanda plazos largos en la ejecución de la obra, requiere de recursos públicos, los que casi siempre son escasos.

En todos los países, los esquemas de participación privada en las actividades relacionadas con los servicios públicos buscan lograr el “contrato óptimo”; aquel que garantice la máxima eficiencia del sector privado sin descuidar los objetivos de bienestar social del gobierno. Los países en desarrollo buscan los recursos necesarios y el sector privado es una de las fuentes de financiación. En los proyectos de servicios públicos, el sector privado tiene fuertes incentivos para reducir los costos que afectan el resultado final, el cual determina la elección entre un mecanismo público y uno privado. (Barreto, 2011, p.249)

En la actualidad las políticas de los gobiernos de turno han ido acondicionando el marco jurídico en torno a esta alternativa de inversión pública, sin embargo, persiste la falta de conocimiento por parte de los propios trabajadores asistenciales, en especial los médicos que se oponen al uso de este mecanismo, y aducen que eso significaría privatizar los servicios de salud.

El Perú, es uno de los países que ya viene desarrollando proyectos de Asociaciones Públicas Privadas en el sector salud, después de Brasil y Chile, pero la mayoría de ellas bajo el modelo de Bata gris, que no incluye el servicio clínico.

### **2.2.5. LA INVERSIÓN PRIVADA EN EL SECTOR PÚBLICO**

La inversión privada es una variable macroeconómica que forma parte del Producto Bruto Interno (PBI), y se constituye como uno de los factores más importantes del crecimiento económico de un país, toda vez que es la responsable de lograr el crecimiento de la economía de un país a través de la creación de nuevos puestos de trabajo, de la subcontratación de pequeñas empresas, y del incremento de la recaudación de impuestos, que servirán de fuente de financiamiento para el Estado.

En el año 1991 se emite el Decreto Legislativo N° 674 por el cual se expidió la Ley de Promoción de la Inversión Privada en las Empresas del Estado, en el que se reconoce por primera vez la definición de inversión privada, y la define como aquella que proviene de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, públicas o privadas, distintas del Estado Peruano, de los organismos que integran el sector público nacional y de las Empresas del Estado.

Esta definición, con diferentes matices para cada caso particular, puede tomarse como referente del concepto de inversión privada en el Perú.

Los inversionistas privados con el pasar de los años se han ido interesando cada vez más en ofrecer soluciones a aquellos problemas que afrontan los gobiernos, que es la de proveer servicios públicos eficientes y suficientes, es así que el Perú, país emergente y con un gran potencial de crecimiento, pero que a vez con una brecha en infraestructura de US\$ 159 millones de soles, para el período 2016-2025, según la Asociación Nacional de Promoción de Infraestructura Nacional (AFIN), no es ajeno a la búsqueda de soluciones que promuevan la reducción de la brecha existente.

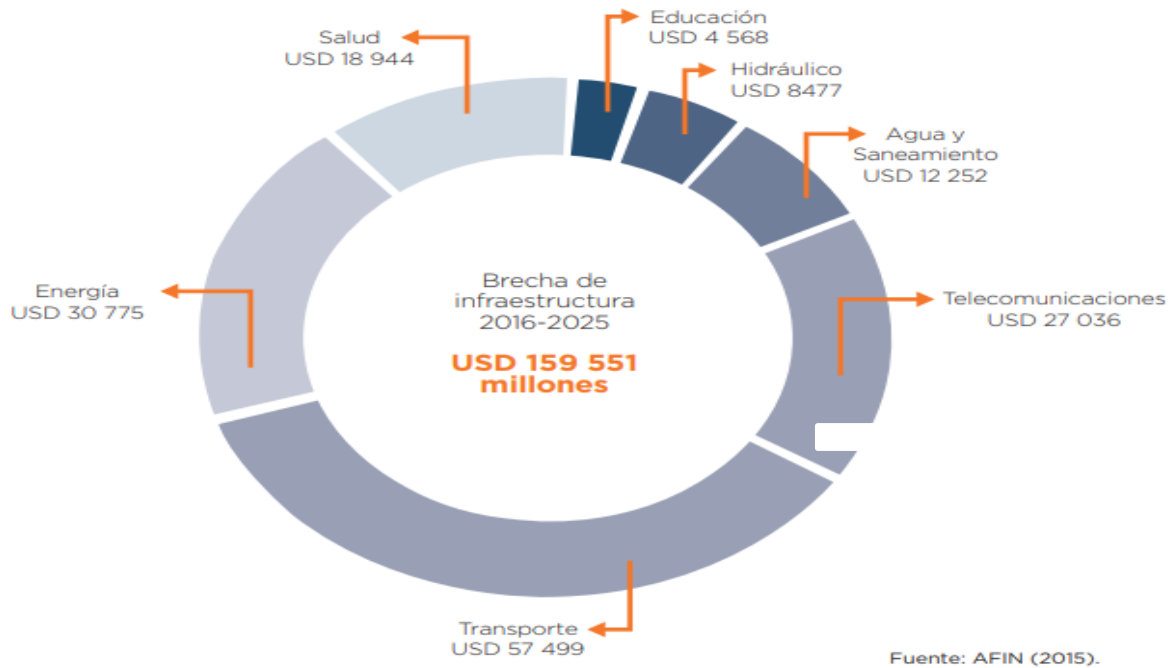


Figura 8. Brecha de infraestructura 2018-2025 en Millones de dólares AFIN (2015)

Es por ello por lo que la inversión privada ha ido tomando diferentes formas, creando diversos mecanismos que le permitan introducirse en el campo de la inversión estatal, aquella que aún es deficiente porque la inversión pública sólo puede ser ejecutada con recursos públicos, los que casi siempre son escasos, siendo el Ministerio de Economía y Finanzas el ente rector que del Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada.

Ante estas alternativas de solución, el Estado tenía la obligación de regular estos mecanismos alternos, de tal forma que los riesgos y beneficios sean distribuidos racionalmente, es así como el gobierno desde los años 90 empezó a establecer un marco regulatorio que al mismo tiempo tendría que ir adecuándose a las exigencias del entorno internacional.

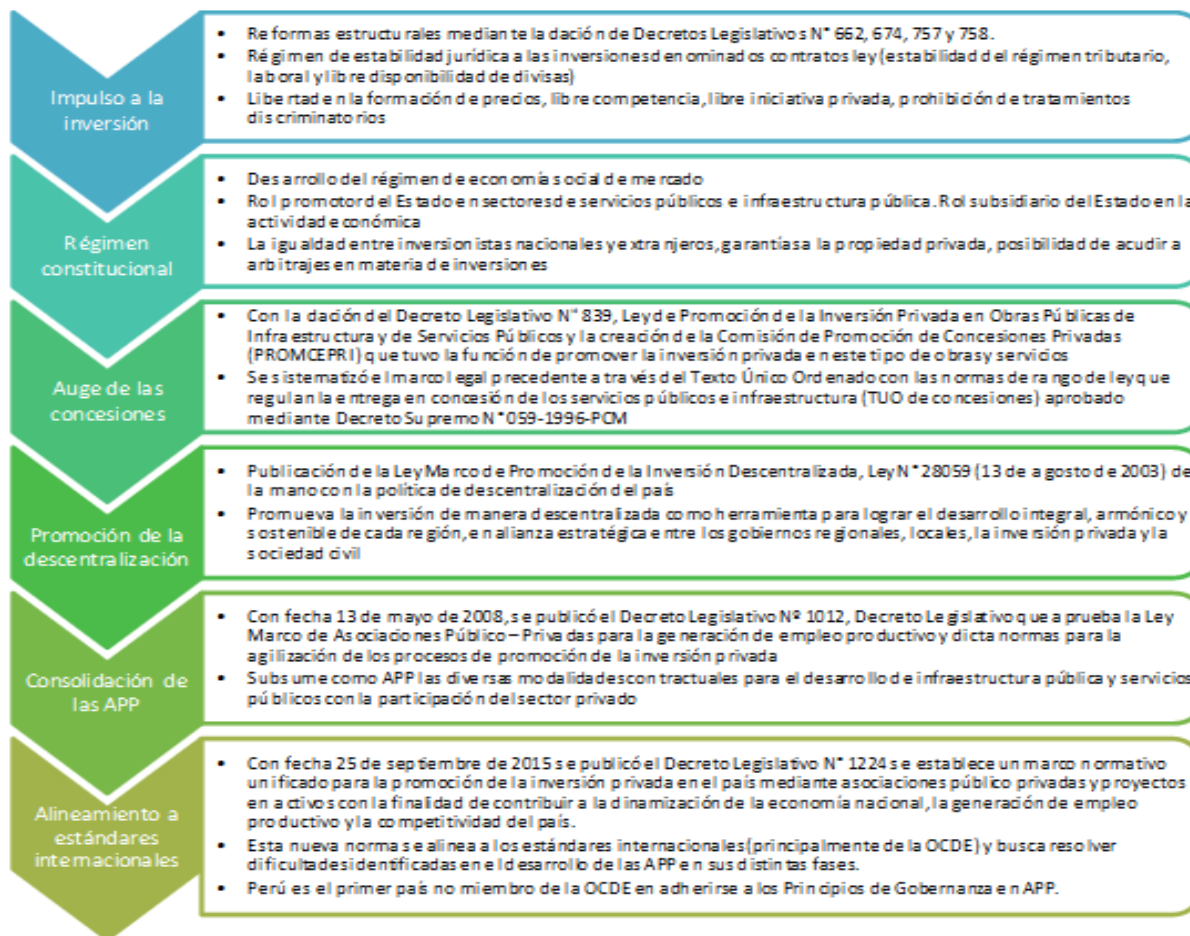


Figura 9. Evolución del Marco Regulatorio de la Promoción de la Inversión Privada en el Perú Ministerio de Economía y Finanzas (2019)

En el contexto internacional existe todo un marco jurídico que ha permitido la evolución de la inversión privada, haciendo que cada país logre ciertos estándares internacionales que garanticen un clima apropiado, estable y previsible que promueva la atracción de inversión extranjera y fomente su establecimiento en el país, a este acuerdo se le denomina Acuerdo Internacional de Inversión:

Un tratado internacional que tiene por finalidad establecer un marco jurídico de atracción, promoción y protección de las inversiones a través de estándares internacionales que garantizan un tratamiento transparente y previsible aplicable a las inversiones. Desde 1991,

se encuentran vigentes 29 Acuerdos de Promoción y Protección Recíproca de Inversiones y, desde el 2009, se tienen vigentes 9 capítulos de inversión en Tratados de Libre Comercio. (MEF, 2017).

Los mecanismos de inversión privada en el sector público se manifiestan a través de la ejecución de Proyectos bajo las modalidades Obras por Impuestos (OXI) y Asociaciones Público-Privadas (APP).

La tendencia internacional, de los gobiernos hoy en día, buscan la participación del sector privado, por razones de diversa índole, principalmente las razones presupuestales, para la consecución de algunos objetivos públicos, ya sea para brindar infraestructura pública o prestar un servicio público.

Una figura novedosa y propia de nuestro país es la inversión de capital privado, plasmado en proyectos de infraestructura ejecutados bajo la modalidad Obras por Impuestos, en diversos sectores, que desde el 2009 al 2019 suman 370 proyectos adjudicados y concluidos, con una inversión total de S/. 4,295.23 millones de soles, según la data estadística de Proinversión.

Mediante el mecanismo de OXI, las Entidades Públicas del Gobierno Nacional, Regional, Local y Universidades, celebran Convenios con empresas privadas, para que éstas financien y/o ejecuten proyectos de inversión pública de impacto nacional, regional o local que hayan sido priorizados por las Entidades Públicas y que cuenten con la declaración de viabilidad en el marco de Invierte.pe. Por su parte, las Entidades Públicas reconocen el financiamiento de los proyectos mediante la entrega de Certificados (CIPRL o CIPGN) que podrán ser utilizados por las empresas privadas, para el pago del impuesto a la renta de tercera categoría. (MEF, 2017).

En el sector salud, al 2019, se cuenta con cuatro proyectos por la modalidad de Obras por Impuestos, ya concluidos.

Tabla 2  
*Proyectos concluidos – Obras por Impuestos*

Departamento	Entidad	Empresa	Estado	Nombre del proyecto
Lima	Municipalidad Distrital de Chilca	Kallpa Generación S.A.	Concluido	Ampliación y mejoramiento de la capacidad resolutive de la Unidad del centro materno infantil Nuestra Señora de la Asunción
Puno	Gobierno Regional de Puno	Telefónica, BCP y Pacífico	Concluido	Ampliación y mejoramiento de la capacidad resolutive del Hospital de Apoyo San Martín de Porres
Ancash	Municipalidad Distrital de Independencia	Compañía Minera Antamina S.A.	Concluido	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud en la Microred Palmira
Ancash	Municipalidad Distrital de Ticllos	Compañía Minera Antamina S.A.	Concluido	Mejoramiento de los servicios de salud del Puesto de Salud Ticllos

**Nota.** Fuente: MEF 2019

Respecto a los proyectos adjudicados, son nueve Proyectos de Inversión Pública, bajo la modalidad de Obras por Impuestos, para mejorar de esta manera la infraestructura de los Establecimientos de Salud (IPRESS), que se encuentran bajo la administración del Ministerio de Salud.



Tabla 3  
*Proyectos adjudicados – Obras por Impuestos*

Dpto	Entidad	Empresa	Estado	Nombre del proyecto
Moquegua	Municipalidad Distrital de Carumas	Southern Peru Copper Corporation	Adjudicado	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Centro de Salud CARUMAS
La Libertad	Gobierno Regional de La Libertad	Barrick – BBVA	Adjudicado	Fortalecimiento de la capacidad resolutive para la atención integral de salud del Hospital César Vallejo Mendoza
Ancash	Gobierno Regional de Ancash	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro de Salud Chiquian
Cajamarca	Gobierno Regional de Cajamarca	Nestlé Perú	Adjudicado	Mejoramiento del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años
Ancash	Ministerio de Salud – MINSa	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento de los servicios de salud del Establecimiento de salud Huari
Huánuco	Ministerio de Salud – MINSa	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Establecimiento de Salud Llata
Cusco	Municipalidad Distrital de Chamaca	Optical Technologies S.A.C.	Adjudicado	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud de Chamaca
Ancash	Ministerio de Salud – MINSa	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital de Huarmey
Cusco	Ministerio de Salud – MINSa	Hudbay Perú S.A.C.	Adjudicado	Mejoramiento de la capacidad resolutive de los EESS de la provincia de Chumbivilcas mediante la instalación de servicios de atención prehospitalaria y Telesalud en el marco de las RIAPS

**Nota.** Fuente: MEF 2019

Lamentablemente, por la naturaleza de los recursos administrados por el Seguro Social de Salud, no es posible su aplicación hasta la fecha, ya que el Seguro Social de Salud obtiene aportes de los empleadores ya sean públicos o privados.

Por otro lado, para aquellos proyectos que buscan proveer un servicio público, que más allá de ofrecer sólo la infraestructura en un corto plazo, también se encargue del equipamiento, la operación, mantenimiento post inversión, y que además de ello, ofrezca la operación de los

servicios complementarios, la figura adecuada para satisfacer estas necesidades las constituye las Asociaciones Públicas Privadas, en nuestro país desde julio del 2011 al 2017, se han adjudicado 31 proyectos, en diversos sectores, con una inversión ascendente a US\$ 16,949.1 millones, según la data estadística de Proinversión.

En el sector salud, el Ministerio de Salud sólo ha adjudicado un proyecto, la Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, bajo un contrato de concesión por 10 años.

En el caso del Seguro Social de Salud, se viene gestionando la convocatoria de los siguientes proyectos de inversión, bajo la modalidad de Asociación Público-Privada, cuyo proceso ha sido encargado a Proinversión.

Tabla 4  
*Proyectos APP por convocar Essalud*

Nombre	Modalidad	Modelo	Horizonte	Población	Costo de inversión	N° de camas	Fase
Creación del instituto del Niño y el Adolescente	Iniciativa Estatal Cofinanciad	Bata Gris	20 años (3 años de construcción y 17 años de operación)	60,386 asegurados de 0 a 17 años	S/ 702'258,286	278	formulación
Creación del Hospital de Alta Complejidad de las RAS Ancash	Iniciativa Estatal Cofinanciad	Bata Gris	20 años (3 años de construcción y 17 años de operación)	356,783 asegurados	S/ 454'316,009	161	formulación
Instalación del Hospital de Alta Complejidad de ESSALUD en Piura	Iniciativa Estatal Cofinanciad	Bata Gris	20 años (3 años de construcción y 17 años de operación)	627,618 asegurados de Piura y 75,345 de Tumbes	S/ 594'243,857	324	formulación

**Nota.** Fuente: ESSALUD 2019

Como se puede ver en el Tabla 4, los tres proyectos que se convocarían se alinean a la modalidad Bata Gris, mediante un contrato de concesión a 20 años.

Tabla 5  
*APP en fase de operación 2019*

Nombre	Modalidad	Modelo	Horizonte	Población	Costo de inversión
Construcción del Nuevo Hospital III Callao y su Centro de Atención Primaria de la RAS Sabogal	Iniciativa Privada	Bata Blanca	32 años (2 años de construcción y 30 años operación)	250,000 asegurados	US\$ 57'654,312
Construcción del Hospital III Villa María del Triunfo RAS Rebagliatti	Iniciativa Privada	Bata Blanca	32 años (2 años de construcción y 30 años operación)	250,000 asegurados	US\$ 58'121,858
Gestión de Almacenamiento, distribución y entrega de materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima ESSALUD	Iniciativa Privada Autofinanciada		10 años (9 meses de construcción y equipamiento)	42 Centros Asistenciales	US\$ 16'147,239

**Nota.** Fuente: ESSALUD 2019

Como se aprecia en la Tabla 5, ambos Hospitales construido bajo la modalidad de Asociaciones Público-Privadas, atienden a 500,000 asegurados adscritos, es importante mencionar que los contratos se firmaron en el año 2010, y a la fecha vienen siendo operados por las empresas Callao Salud SAC y VMT Salud SAC, ambas empresas pertenecientes al grupo español IBT Group.

En el sector público, se puede utilizar cualquiera de estos dos mecanismos, esto va a depender de la necesidad que se desea cubrir, si sólo hablamos de infraestructura, sin considerar el mantenimiento y otros servicios complementarios post inversión, entonces aquí puede aplicarse el mecanismo de Obras por Impuestos, ya que a comparación de la Obra Pública tradicional, el ahorro en el tiempo de ejecución, así como el financiamiento netamente privado son factores muy

importantes que el Estado debe evaluar al momento de elegir la modalidad del proyecto a ejecutar, teniendo en cuenta las ventajas que cada mecanismo ofrece.

---

## **2.2.6. MARCO INSTITUCIONAL PARA LAS ASOCIACIONES PUBLICO PRIVADAS**

Hace más de dos décadas que los cambios y reformas en la administración pública, han ido perfilando un contexto favorable para la inversión privada, en nuestro país luego de haber pasado por épocas de malas experiencias, en la década de los 90, el Estado peruano toma conciencia de sus carencias técnicas y financieras, y es consiente que debe buscar la satisfacción de las necesidades del pueblo directa o indirectamente, dejando abiertas las puertas al sector privado, ya que éste había demostrado que podía brindar mejores servicios para la población. Es así como, “el Estado dejó el papel exclusivo que tenía en la prestación de servicios públicos para dar paso a herramientas que buscaban obtener mayores niveles de eficiencia” (Benites, 2014, p.9).

A este proceso de cambios, se le denomina Reforma del Estado en efecto el Estado tiene como fin cubrir las necesidades básicas de una población en el ámbito de la rentabilidad social y no financiera. En ese sentido, el Estado buscará la rentabilidad social, aquella que se refleja en la prestación de servicios públicos oportunos y con calidad que redundará en la mejora de la calidad de vida de la población.

En este contexto, de reformas y cambios en busca de la modernización de la Gestión Pública, surge la Gestión Pública por Resultados, que más allá del proceso de mejora continua de la administración pública, nace el concepto de valor, aquel que deben verse reflejado en la prestación de más servicios públicos de calidad, para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, y que para ello requiere de una planificación estratégica, un presupuesto por resultados, un constante

monitoreo y supervisión, pero principalmente un marco legal que permita la promoción de la inversión privada para brindar servicios públicos e infraestructura.

En este contexto, y a fin de mejorar y consolidar el marco jurídico para una adecuada promoción de la inversión privada para atraer más inversionistas que se interesen en proyectos de inversión pública para la provisión de la infraestructura y servicios públicos. Surge el Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada, que viene a ser un sistema funcional, ya que se refiere a una materia específica, y se encarga de hacer cumplir políticas públicas, en este caso referidas al desarrollo de Asociaciones Público-Privadas y de los Proyectos en Activos.

#### **2.2.6.1. MARCO NORMATIVO**

Mantener un marco normativo adecuado y que fomente el desarrollo de la inversión privada, es más que necesario, es decir primordial, toda vez que los Gobiernos buscan atraer inversionistas extranjeros, que sientan la seguridad política y jurídica en aquellos países emergentes; tal es el caso de nuestro país.

El marco legal sobre la inversión privada en el Perú ha experimentado una marcada evolución a lo largo del tiempo, el mismo que ha propiciado la participación del sector privado bajo diversas modalidades. Durante la primera mitad de la década de los 1990s, el Gobierno del Perú se embarcó en un ambicioso programa de privatización de empresas públicas, el cual logró registrar uno de los mayores volúmenes de transacciones en América Latina, transformando profundamente las perspectivas de la economía peruana. La primera fase del programa se enfocó en las privatizaciones, alcanzando un pico de actividad hasta mediados de los 1990s, mientras que una segunda fase se enfocó principalmente en concesiones. Es desde el año 2008 que el Gobierno del Perú comienza a promover activamente modalidades de inversión alternativas a la obra pública

tradicional para ayudar a cerrar la brecha existente de infraestructura y de servicios públicos en el país: Asociaciones Público-Privadas (APP) y Obras por Impuestos. (MEF).

### **2.2.6.2. RIESGOS EN LA ESTRUCTURACIÓN DE PROYECTOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA**

Los proyectos elaborados bajo la modalidad de Asociaciones Público-Privadas también deben afrontar riesgos de diversos tipos, ya sea por la coyuntura política, los conflictos sociales, riesgos ambientales, financieros y los riesgos de corrupción.

La adecuada asignación de riesgos debe darse en el Diseño del contrato, en la fase de estructuración del proyecto, “estructurar un proyecto de Asociación Público-Privada, significa asignar responsabilidades, derechos y riesgos a cada una de las partes del contrato de APP” (Huerta, 2017, p.2).

Para gestionar los riesgos asociados con un proyecto bajo esta modalidad, es imprescindible conocerlos, identificarlos de tal forma que se puedan agrupar de acuerdo con una función en particular, y clasificarlos adecuadamente.

Elaborar un listado de todos aquellos riesgos asociados a la naturaleza del proyecto, es el primer paso para elaborar un proyecto bajo esta modalidad, porque si sabemos que “un riesgo es una variación impredecible en el valor del proyecto, desde el punto de vista de algunas o de todas las partes interesadas, provenientes de un factor de riesgo subyacente dado” (Huerta, 2017, p. 3).

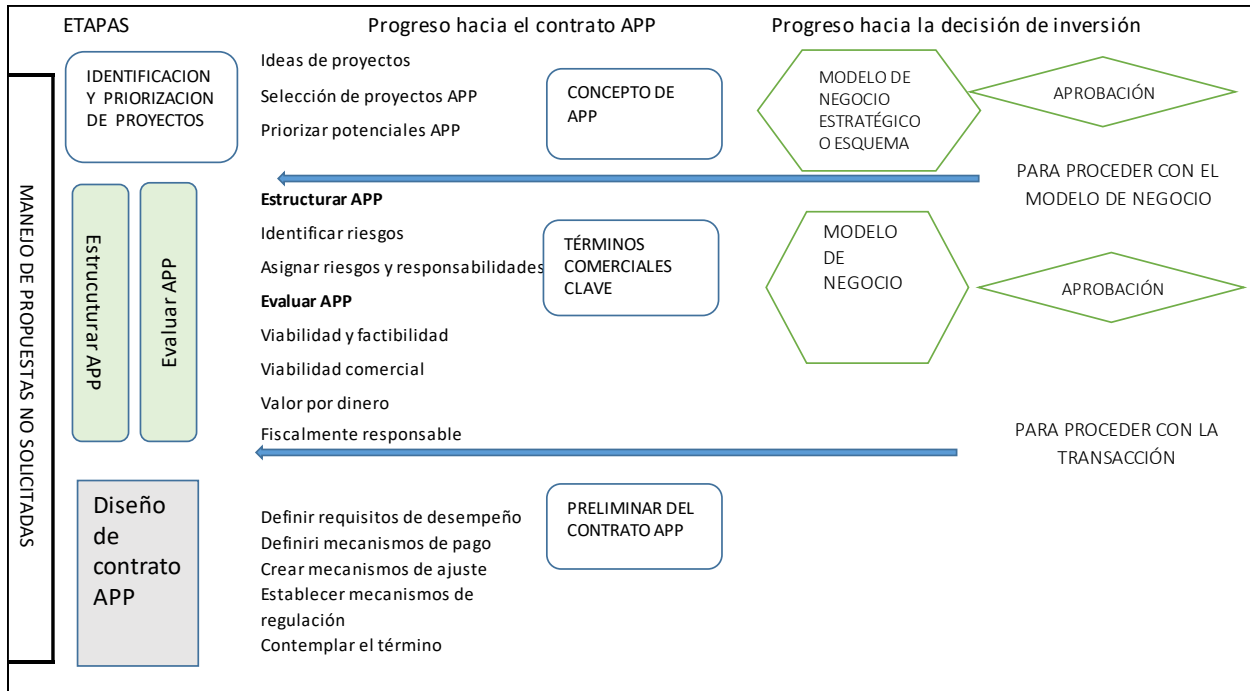


Figura 10. Estructuración de un proyecto APP  
Elaboración propia

Una vez identificados los riesgos, éstos hay que asignarlos, esto quiere decir trasladarlos a cada una de las partes contratantes. Como se describe en algunas definiciones de Asociaciones Público-Privadas, estos riesgos son asignados según la experiencia y la capacidad técnica de las partes, ya que el asignar correctamente significa lograr el valor por dinero, principio que caracteriza a este mecanismo de inversión.

En efecto, si se quiere un contrato confeccionado adecuadamente, con una asignación de riesgos de manera óptima, se debe cumplir con los siguientes objetivos:

- Establecer y dar a conocer incentivos para las partes para que puedan gestionar de manera adecuada sus riesgos, y así mejorar los beneficios y reducir los costos.

- Reducir el costo total del riesgo del proyecto, asignándolos de acuerdo con su capacidad de mitigarlos o controlarlos mejor.

Es en la asignación de riesgos donde se establece cuáles serán administrados por el Estado, y cuáles por la empresa privada, un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo, como parte de una serie de publicaciones, menciona que:

La identificación, asignación y mitigación de riesgos es fundamental para la estructuración de un proyecto de APP. Las APP son consideradas modalidades de participación de la inversión privada en las que se distribuyen riesgos entre el sector público y el sector privado. La incorporación de la noción de “distribución de riesgos” es lo que diferencia a las APP de otras modalidades de desarrollo de proyectos como es, por ejemplo, la contratación pública tradicional, en la que la mayoría de los riesgos se mantiene en el sector público. (BID, 2016, p.27).

Es importante saber a qué riesgos generalmente debe enfrentarse un proyecto APP, las categorías son muchas, pero algunas de ellas son:

- El lugar: riesgos asociados con la disponibilidad y calidad del lugar del proyecto, como el costo y oportunidad de adquirir el sitio, permisos necesarios o derechos de paso para la construcción de un camino, el efecto de las condiciones geológicas y otras condiciones del lugar, y el costo de cumplir con las normas medioambientales.
- El diseño, la construcción y la puesta en marcha: riesgo de que la construcción tarde más tiempo o sea más costosa de lo esperado, o que la calidad del diseño o de la construcción signifique que el activo no sea el adecuado para cumplir con los requisitos del proyecto.



- La operación: riesgos para el éxito de las operaciones, incluido el riesgo de interrupción del servicio o de disponibilidad del activo, el riesgo de que cualquier interfaz de red no funcione según lo esperado, o que el costo de operación y mantenimiento del activo sea distinto al esperado.
- La demanda y otros riesgos comerciales: el riesgo de que el uso del servicio sea diferente al esperado, o que los ingresos no se perciban como se esperaba.
- Regulatorios o políticos: riesgo de decisiones regulatorias o políticas, o cambios en el marco regulatorio del sector que afecten al proyecto de forma negativa. Por ejemplo, esto puede incluir dejar de renovar aprobaciones de forma apropiada, decisiones regulatorias severas injustificadas o, en caso extremo, incumplimiento del contrato o expropiación.
- Cambio en el marco legal: el riesgo de que un cambio en la ley general o en las normas afecte al proyecto de forma negativa, como cambios en los impuestos corporativos generales, o en las reglas que rigen la convertibilidad de la moneda o la repatriación de las utilidades.
- Insolvencia: el riesgo de que la parte privada del contrato de la APP no sea financiera o técnicamente capaz de implementar el proyecto.
- Económico o financiero: riesgo de que cambios en las tasas de interés, tasas de cambio o la inflación afecten de forma negativa los resultados del proyecto.
- Fuerza mayor: riesgo no asegurable de que eventos externos fuera del control de las partes del contrato, como desastres naturales, guerra o disturbios civiles, afecten el proyecto.

- Titularidad de los activos: riesgos asociados con la propiedad de los activos, incluyendo el riesgo de que la tecnología se vuelva obsoleta o de que el valor de los activos al final del contrato sea diferente a los esperado. (Huerta, 2017, p. 5).

### **2.2.7. EL DESEMPEÑO LABORAL**

En toda organización ya sea pública o privada, el recurso humano es el instrumento más valioso, toda vez que los procesos deben ser ejecutados por personas, pues bien, cuando se trata de brindar un servicio, el cliente debe sentirse satisfecho, y a eso apunta los objetivos de toda organización a la satisfacción de cliente, según Senlle (2007):

Los cambios que se producen en el entorno empresarial global, la presión de los mercados, la competitividad, los rápidos avances tecnológicos, presionan a las organizaciones; y estas comprenden, cada vez más, que el secreto está en las personas, en el reclutamiento de personal competente y en su participación, compromiso y colaboración en el logro de resultados. Las personas deben ser lideradas de forma que el futuro del equipo y de la organización se forje día a día con un espíritu cooperativo.

Las teorías sobre los recursos humanos y los sistemas de gestión elaboradas en el siglo pasado por expertos, técnicos y equipos multidisciplinarios están siendo aceptadas hoy por empresarios y directivos en el denodado esfuerzo por subsistir, mejorar, ahorrar gastos, abaratar costos y cumplir objetivos.

Hoy se comprende con más claridad que la función de empresarios, directivos y mandos debe estar basada en el desarrollo de competencias para liderar, negociar, vender, celebrar reuniones, tomar decisiones, resolver problemas, gestionar y fijar objetivos. La actuación

de un mánager no puede dejar al margen el conocimiento, estudio y aplicación de técnicas concretas para solucionar las dificultades y avanzar con paso firme. (p.17).

La gestión de los recursos humanos es un campo muy importante en el desempeño laboral, hay varios estudios que concluyen que, esta dependerá de varias condiciones con las que los trabajadores se verían motivados a un buen desempeño laboral. Las condiciones de trabajo, el salario y las relaciones laborales pueden contribuir al buen desempeño laboral de los colaboradores.

Los mecanismos y métodos para la evaluación del desempeño laboral son factores clave para determinar y interpretar los resultados, e intervenir en aquellos desempeños deficientes que disminuyen la calidad del servicio a brindar. Un análisis individualizado de las funciones o roles que desempeña un colaborador, así como las competencias de aquellos que cumplen esos roles, y como éstos se relacionan con los procesos organizativos de la entidad, son esenciales para un diagnóstico válido. Werther y Davis (2008), menciona que:

La evaluación del desempeño laboral mide los parámetros de rendimiento laboral según las responsabilidades, labores o competencias que presenta cada integrante de la organización, esto también dependerá del diseño y análisis de puesto a que pertenece dicho trabajador; para así compararlas con los resultados o metas que fueron planteados y luego obtenidos. Esto quiere decir que la evaluación del desempeño esta netamente relacionada con el rol de labores, que realiza cada trabajador. (p.70).

#### **2.2.8. LA EFICIENCIA EN EL SERVICIO DE SALUD**

El Diccionario esencial de la lengua española, de la Real Academia Española (RAE) no hace, realmente, diferencia alguna entre las palabras “eficacia” y “eficiencia”, según se desprende de su

definición: Eficacia. Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Eficiencia. ... Que tiene eficacia.

Palmer (1999) citado en Alfonso (2010), la eficiencia se define como:

El resultado que se obtiene en una determinada actividad podrá ser calificado de calidad, si la relación entre el resultado y la cantidad de recursos utilizados no implique desperdiciarlos. Así mismo se desprende dos referencias, por un lado, los beneficios alcanzados con los mismos recursos y aquellos recursos desperdiciados.

El dilema está en cómo lograr alcanzar los mejores resultados, según Aguilar (2010) citado en Alfonso (2010), cuando se habla de eficiencia en salud, como un servicio público significa obtener los mejores resultados utilizando los recursos que se disponen, y se plantea un sistema de salud eficiente con la capacidad de brindar un servicio sanitario aceptable para la población con el uso mínimo de recursos.

Según Fonseca y Valenzuela (2013):

Los recursos económicos escasos siempre están "rivalizando" entre sí por su mejor utilización para maximizar el bienestar general de la sociedad, y como este no puede ser medido directamente, sino a través de la satisfacción de un conjunto de demandas de las personas, tales como: alimentos, vestuario, vivienda, salud, educación, recreación, entre otros; todo lo que se exceda, por una parte, habrá que disminuirlo por la otra. Así, por ejemplo, los recursos que se asignen a la salud afectarán en esa misma magnitud al bienestar general en otros consumos que la sociedad dejará de emplear, ya sean viviendas,

recreación u otros. Ello quiere decir que cualquier decisión que afecte los recursos, llevará implícito lo que los economistas llaman costo de oportunidad.

Catalá (2009) refiere que el costo de oportunidad comprende a aquellos recursos a los que se renuncia al elegir cierta opción con respecto a otra, sin importar si es mejor que la otra opción. También se refiere a aquellas satisfacciones potenciales dejadas de gozar, por haber elegido el uso de tales recursos al uso de otra opción o alternativa.

En los últimos años, se ha empezado a tratar de incrementar la eficiencia del sector salud, aunque es muy incipiente en nuestro país, según Alfonso (2010):

Las nuevas tecnologías y tratamientos clínicos, junto a los cambios sociodemográficos, que provocan un aumento de la demanda sanitaria, están en el origen del incremento de los costos en el sector sanitario. De ahí que sea inevitable la preocupación por la asignación y gestión eficientes del gasto. Así, en los últimos años se está produciendo en el sistema sanitario (y en el sector público en general) un proceso de modernización para conseguir incrementar la eficiencia del sector o eliminar la ausencia de lógica económica del comportamiento de estas organizaciones. Un instrumento importante en esta línea son los programas de gestión establecidos entre la autoridad sanitaria y los diferentes centros y unidades.

En el nivel primario de asistencia, la preocupación por los aspectos relacionados con la eficiencia se expresa en la introducción dentro de sus programas de gestión, de referencias a indicadores u objetivos de gestión del gasto como, por ejemplo, para la solicitud de pruebas diagnósticas, derivaciones a especialistas, o prescripciones de medicamentos. Así

se ha valorado la eficiencia a través de resultados que establecen relaciones entre un determinado servicio y presupuesto. Sin embargo, aunque el uso de indicadores como el número de consultas, la frecuentación o la presión asistencial está relativamente extendido, ninguno ofrece una evaluación integral de la eficiencia productiva de los centros de salud, entendida esta como la capacidad del centro para transformar los recursos que han sido asignados y obtener el producto de la atención médica.

Habiendo revisado diversa literatura, es importante también definir un término muy utilizado hoy en día, se refiere a la eficiencia médica, según Fonseca y Valenzuela (2013):

Eficiencia médica se relaciona con una atención, lo más temprana y oportuna posible, en la cual se cumplan las premisas de prevención primaria, secundaria y terciaria, lo que permite disminuir la morbilidad y mortalidad y alargar la vida útil de las personas. Cuánto más eficiente, es también más humana, lo que provoca un impacto beneficioso en la población y, por supuesto, en la economía.

### **2.2.9. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Para medir el desempeño es necesario contar con indicadores traducidos en valores y datos que se obtienen mediante fórmulas, los cuales pueden ser cuantitativos y cualitativos. Según Hernández (2002) citado en Bonnefoy y Armijo (2005) el “desempeño implica la consideración de un proceso organizacional, dinámico en el tiempo y refleja modificaciones del entorno organizativo, de las estructuras de poder y los objetivos” (p.21).

Para medir el desempeño de los servicios de salud de un país hace falta la evaluación en cada uno de sus componentes, entendidos como establecimientos de salud, distinguiéndolos por cada nivel de atención, ya que de allí se desprenden sus potencialidades.

En el sector salud, el desempeño es medido bajo diversos aspectos, en la actualidad no hay un consenso a nivel de sistema, es así como, el Seguro Social de Salud, viene midiendo el desempeño de sus servicios, mediante indicadores como:

Rendimiento hora médico, que según el documento Análisis Ejecutivo a nivel nacional al 2016, se tiene que:

El rendimiento hora médico refleja el promedio de atenciones realizadas por cada hora de trabajo médico. El indicador para el año 2016 fue de 4.73 consultas por hora efectiva, observando que en promedio los Hospitales II, Hospitales I, Centros Médicos y Postas Médicas logran superar su estándar de rendimiento, según como se muestra a continuación:

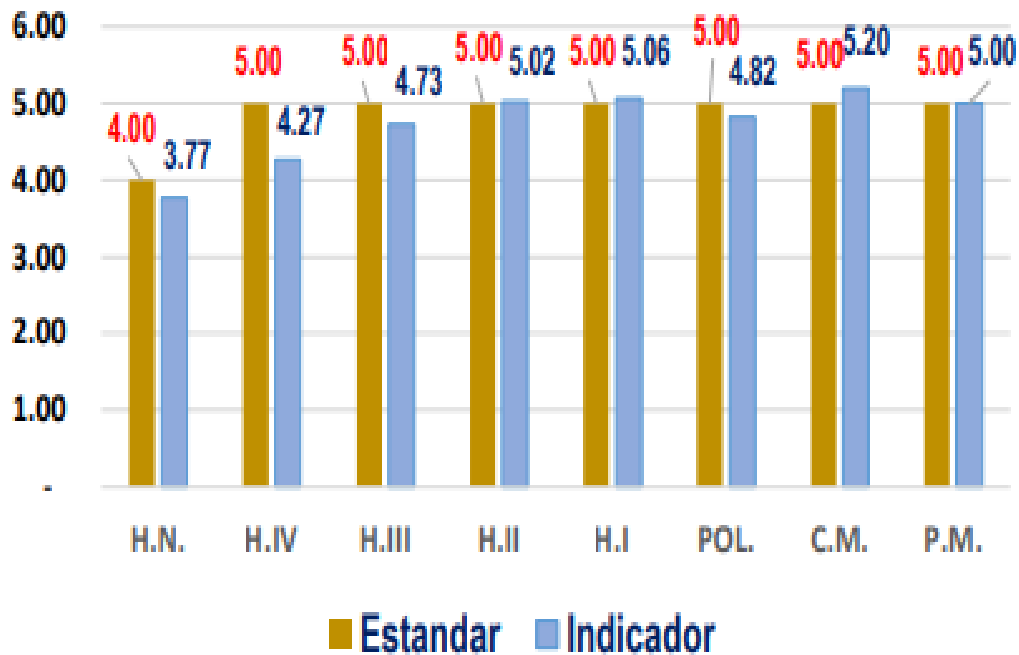


Figura 11. Rendimiento hora – médico por establecimientos EsSalud  
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (2016)

Rendimiento cama, indicador que mide el rendimiento promedio de una cama en forma mensual:

El promedio de egresos hospitalarios mensuales por cama hospitalaria disponible es de 5.4 pacientes egresados por cama, siendo el estándar de 6.5 en HI; 6.0 en HII; 5.0 en HIII; 4.0 en HIV y 3.0 en HN. Evaluando el rendimiento promedio de cama mensual según niveles de hospital, se observa que el indicador promedio obtenido supera el estándar establecido en las diferentes categorías de hospitales de ESSALUD



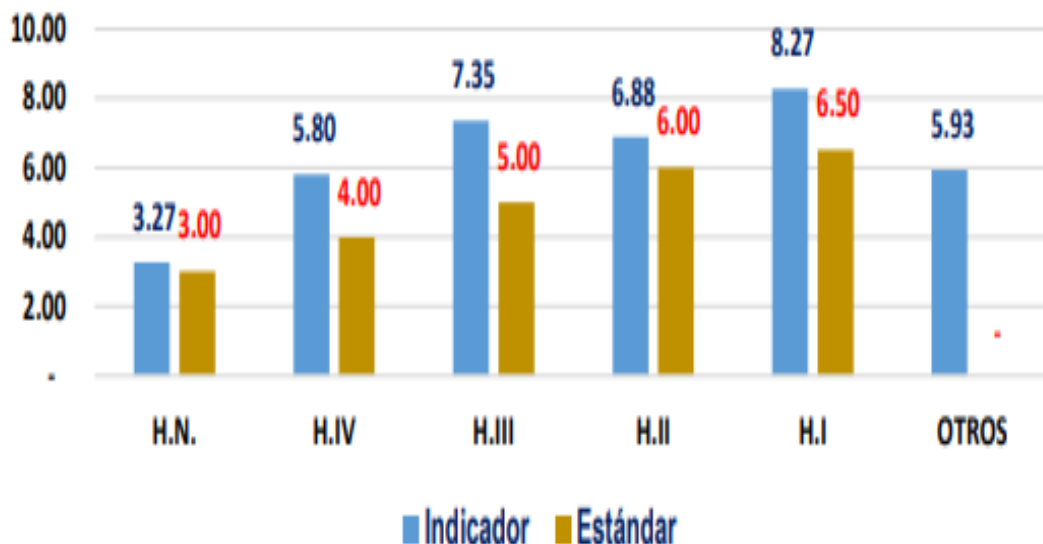
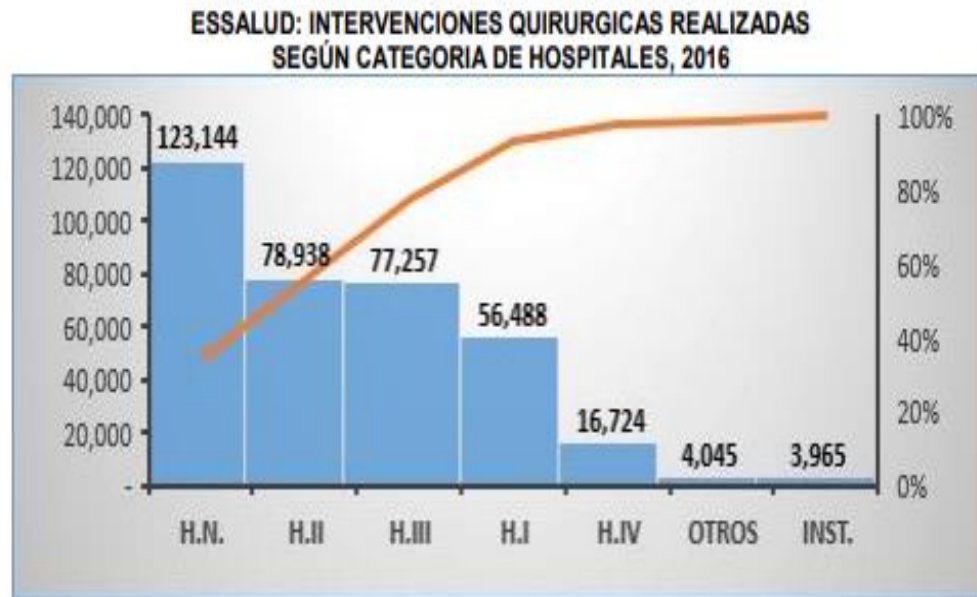


Figura 12. Rendimiento por cama según categoría de hospital EsSalud Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (2016)

Rendimiento de Sala de Operaciones, mediante este indicador se determina el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operaciones.

Al cierre del 2016 se tiene que el total de las intervenciones quirúrgicas realizadas fue de 360 mil 561 cirugías, de los cuales el 48% correspondieron a las cirugías Tipo C, mientras que las intervenciones de Alta Complejidad (Tipo A) representan el 10.8% del total de cirugías.

Hospitales Nacionales, Hospital II y Hospital III, según se muestra a continuación:



*Figura 13.* Intervenciones quirúrgicas realizadas según categoría de hospitales EsSalud Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (2016)

En los modelos de Asociaciones Públicos Privadas Integradas, configuradas contractualmente como concesiones de “Bata blanca”, que actualmente vienen funcionando se vienen manejando, además de esos indicadores de gestión en salud, indicadores contractuales de satisfacción, indicadores contractuales de calidad e indicadores contractuales de resultado

## **2.2.10. EL SERVICIO PÚBLICO**

El origen de la obligación que mantiene el Estado con la población, de brindar y proveer los servicios públicos, nace con todo aquello que se relacione con las necesidades colectivas de ésta. Duguit (1926) citado en Ochoa (2013) llegó a sostener: “Que los tres elementos esenciales del Estado eran la Nación, los servicios públicos y el territorio”. Ahora bien podemos enumerar los elementos constitutivos del servicio público, según Kresalja (1999), citado por Ochoa (2013),

profesor del Departamento académico de Derecho de la PUCP: “i) se trata de una actividad de prestación que el Estado asume, por organización propia o por delegación, y de la cual es primariamente responsable”, la responsabilidad y titularidad del Estado, no se extingue con la figura de la concesión, aunque otros autores como Brewer (2002) citado en Ochoa (2013) puedan decir lo contrario, al señalar que todo servicio público se impone en forma obligatoria al Estado.

El servicio público se ha ido transformando, Ochoa (2013), sostiene:

Que el proceso de globalización exige un nuevo concepto de servicio público y un nuevo modelo de regulación económica. La actual coyuntura en todo el mundo ha traído consigo, que la definición de servicio público vaya mutando, no se cuenta con una definición válida, transversal a todos los países, pero siempre orientado al interés general, y el Estado es el responsable de dirigirlo. (p.12)

La historia del servicio público se remonta desde la primera mitad del siglo XIX, apareciendo en España en momentos que se hace pública la atención de la posta real, la secularización de las fundaciones eclesiásticas, con las primeras leyes de expropiación.

La relación tan estrecha entre servicio público, utilidad pública o interés general, todas se relacionan y articulan para ser direccionadas hacia el Estado, como aquel que los provee. En la publicación del Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud sobre los Sistemas de Salud en Suramérica (2012) se narra cómo a inicios del siglo XXI ha cobrado mayor importancia la universalización de la salud, una preocupación constante de los gobiernos democráticos de América Latina que buscaban disminuir las desigualdades sociales, llevando a cabo diversas iniciativas para lograr alcanzarla.

A lo largo de los años, el Estado era el único que proveía servicios públicos a la población peruana, denotando deficiencia en la ejecución de la prestación, sumado a sus limitaciones hizo crear una mala imagen del Estado como prestador de servicios públicos. El déficit resultante de las empresas públicas solventadas con los recursos del Estado era la muestra clara de tales falencias.

La falta de capacidad técnica y de gestión del Estado peruano, en la provisión de infraestructura pública y prestación de servicios públicos impulsaron una serie de cambios en la normativa de Inversión Pública desde los años 90, abriendo paso a la inversión privada.

El objeto de la prestación del servicio público es cubrir una necesidad primaria, pero ésta debe brindarse de manera continua, no se presta en el ámbito de la competencia o la rentabilidad financiera, sino en la capacidad de respuesta del sector salud en la generación del servicio público.

Un Estado moderno, que conoce sus carencias y fallas, busca nuevas formas de satisfacer las necesidades de la población, a través de la prestación de un servicio público brindado directa o indirectamente.

De aquí se desprende “Que los servicios públicos son las actividades asumidas por órganos o entidades públicas o privadas, creadas por la Constitución o las leyes (...). Para dar satisfacción en forma regular o continua a cierta categoría de necesidades que son de interés general” (Reyna y Ventura, 2008, p.593).

En ese entendido, queda claro que el interés general se antepone al rol del Estado, si se trata de satisfacer las necesidades básicas, ya sea ésta brindada en forma directa o a través de un concesionario. La búsqueda de nuevas alternativas para mejorar la gestión del Estado trae como consecuencia la liberalización de algunos sectores del Estado, para hacer más eficiente la

prestación del servicio público, y se apoya en mecanismos que vienen siendo utilizados con éxito en otros países. El Estado pasa de ser un prestador de servicios públicos para convertirse en un supervisor de la calidad de estos servicios prestados por el sector privado.

Benites (2014) afirma: "El Estado ahora tiene que controlar y/o supervisar que la prestación de los servicios públicos en manos de los privados, (...), respetando aquellos principios que determinaron que se considere a la competencia como el mejor mecanismo de provisión del servicio" (p,17).

### **2.2.11. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA**

Un sistema de salud está conformado por un conjunto de entidades cuyo fin es el de ejecutar acciones encaminadas a mejorar la salud de la población. Para el logro de este objetivo se han establecido funciones específicas para cada uno de los actores que intervienen en este ámbito, los cuales van desde la gestión, supervisión, financiamiento, generación de recursos hasta la provisión de servicios.

Es en este contexto, que los Gobiernos son los responsables de buscar estrategias, formar alianzas para la provisión integrada de los servicios sanitarios, introduciendo además nuevos mecanismos que propongan que el sector público deje de ser quien financie los servicios sanitarios, y pasar a ser el ente supervisor y regulador. Así Gregori (2013) menciona:

Los Estados modernos son responsables en la provisión de determinados bienes y servicios que se consideran socialmente deseables como la sanidad o la educación. Son los llamados bienes preferentes. En un modelo burocrático de gestión pública el Estado provee de un determinado bien preferente a la sociedad, a la vez que lo financia, de manera que las funciones de compra y provisión están integradas en un solo ente público. En el contexto de

la nueva Gestión Pública, muchos Estados han optado por segregar ambos roles. La idea es que las decisiones sobre la compra de los bienes y servicios necesarios para implementar el bien preferente en la sociedad y las decisiones sobre la provisión de estos bienes y servicios no recaigan en la misma entidad jurídica. En cualquier caso, es el sector público quien se encarga de la adquisición de los bienes y servicios implicados, como responsable ante la ciudadanía de la provisión de un determinado bien preferente. La provisión efectiva, en cambio, puede ser realizada tanto por una entidad privada, claramente separada de la acción pública, como por una entidad pública distinta del ente público encargado de la función de compra. Esta estructura de relaciones es denominada por diversos autores, desde una perspectiva de análisis económico, como cuasimercado o mercado interno. (p.195)

Hoy en día las prestaciones sanitarias, han ido cambiando e inclinándose cada vez más a la prevención, ya que resulta en ahorros para el Estado, en el razonamiento lógico es más barato realizar campañas de prevención de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, que costear los tratamientos paliativos. En publicaciones de la OPS (2010) se afirma:

Los actuales modelos de provisión de servicios de salud basados en servicios curativos están evolucionando a modelos de cuidado de la salud, que van desde la promoción de salud y de hábitos protectores, a la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportuno e incluyen los cuidados paliativos y la provisión de atención sociosanitaria que garantice la continuidad del cuidado una vez la persona egresa del establecimiento sanitario. El nuevo reto en la prestación de servicios de salud es el cuidado continuo integral e integrado que privilegie la demanda y la atención a las necesidades de salud de la población.

Igualmente, los bajos niveles de desempeño de los servicios públicos de salud, las dificultades de acceso a los mismos y los altos costos de los servicios privados constituyen un reto importante para los gobiernos en su función de velar por el estado de salud de su población. Esto han originado esfuerzos de modernización y descentralización del Estado en la prestación de los servicios de salud que buscan el aumento de la cobertura y calidad de los servicios, y el uso más efectivo de los recursos invertidos en salud con una mayor rendición de cuentas de las instituciones del sector.

En nuestro país, podemos encontrar una variada oferta de servicios de salud ofrecida por el sector privado y el público, toda vez que la Ley de Aseguramiento Universal en Salud promueve el acceso de toda la población a un sistema de salud, que si bien se viene afianzando el proceso aún no llega a toda población peruana.

El Sistema de Salud en el Perú corresponde a un sistema mixto, pues la naturaleza de los bienes procede tanto del sector público como privado; las fuentes de financiamiento proceden del recaudo fiscal (subsector público), las cotizaciones (Seguridad social) y los seguros privados. (Minsa,2013)

En consecuencia, para la provisión de servicios de salud:

El sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS)". (Essalud, 2013)

La fragmentación del sistema de salud peruano trae consigo además que los policías y militares mantengan un sistema propio.

Por otro lado, la provisión del servicio de salud suministrado por el privado puede clasificarse en lucrativo y no lucrativo, las Empresas privadas prestadoras de salud, forma parte del sistema lucrativo, así como las clínicas, centros médicos, consultorios. Los otros sectores conformados por las asociaciones sin fines de lucro representan al sistema no lucrativo.

### **2.2.12. LA CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO**

Cuando hablamos de calidad, si nos referimos a un producto, lo que se espera es que el bien adquirido no contenga defectos, cuando hablamos de calidad de servicio una definición clásica de calidad del servicio es el juicio global del consumidor acerca de la excelencia o superioridad global del producto” (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985, p.41).

En ese sentido, el concepto de satisfacción del cliente va muy ligado a la calidad, ya que aquella percepción del servicio prestado concluirá en si éste ha colmado las expectativas del usuario del servicio, entonces podemos decir que el resultado de la percepción es la satisfacción o insatisfacción del cliente.

La noción de satisfacción del cliente está ligada al concepto de calidad de servicio, de modo que “el enfoque industrial sobre la calidad, que en un primer momento se intenta trasladar también al ámbito de los servicios, según el cual la calidad es entendida como la conformidad a unas especificaciones y estándares, con el tiempo empieza a ser criticado, ya que se pone de manifiesto que en muchas ocasiones el nivel de calidad percibida por los clientes no coincide con el nivel de calidad percibida por los directivos de la empresa. Por lo que



aparecen nuevos enfoques sobre la calidad con un mayor énfasis en las percepciones del cliente. Así, el concepto de calidad se va desplazando hacia el cliente, pasando a ser el elemento clave la valoración que éste realiza sobre el servicio ofrecido”. (Setó, 2004, p. 16)

En un contexto más amplio podemos hablar de calidad total, que no es otra cosa que una filosofía donde se aplica los principios de la gestión de la calidad, pero no sólo al producto o servicio brindado, sino más bien a todos los procesos y actividades en los que se encuentra inmersa la organización, donde los principales actores son las personas que intervienen en cada actividad, es decir el factor humano. Es ineludible involucrar a todos los trabajadores de la organización ya que todos los procesos deben ser ejecutados por ellos mismos, no se puede pensar en una empresa o institución cuyo funcionamiento prescinda de las personas o esté totalmente automatizada.

En la actualidad se habla mucho de calidad, todos queremos productos y servicios de calidad; asimismo, se habla de certificación y acreditación como una forma de garantizar la calidad, pero también la calidad viene ligado a la eficiencia.

En ese sentido, hablar de calidad y eficiencia de un servicio de salud es muy complejo, ya que para empezar es necesario definir correctamente estos dos términos, así como diferenciar aquellos servicios médicos que se brindan en establecimientos de salud privados y aquellos brindados en los hospitales públicos, ya que de ello determinará las expectativas de los usuarios del servicio.

Donabedian (1980) citado en Jiménez (2004) define:

Una atención de alta calidad como aquella medida que maximiza el bienestar del paciente, luego de descontar las pérdidas de las ganancias durante todo el proceso de atención médica,

en todos los aspectos, así como aquella capaz de lograr el equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos, esto se relaciona directamente con la satisfacción del usuario.

Con la introducción del concepto de la existencia de clientes externos y clientes internos en la gestión de calidad total, se entiende que todos en algún momento somos proveedores o clientes. Bajo esta óptica, en las instituciones de salud, no solo el paciente o usuario del hospital es cliente; el médico al brindar atención médica será proveedor, pero al utilizar los exámenes auxiliares con fines de diagnóstico será cliente; asimismo será cliente de las áreas administrativas de la institución. (Miyahira, 2001, p. 1)

La expectativa de un paciente al recibir una atención médica de calidad nos es más que aquella que conlleve a su bienestar, lo que en muchos casos difiere de la realidad en los servicios de salud públicos, pero como se puede definir la calidad en una atención médica.

En el sector salud, la calidad comprende un conjunto de atributos que debe caracterizar a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano; en este sentido, la Organización Mundial de la Salud pone de manifiesto la responsabilidad de los gobiernos así como de los prestadores del servicio de salud en sí, quienes tienen como fin supremo la buena atención a los usuarios-pacientes, la misma que debe traducirse como el conjunto de servicios de diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una óptima atención en salud. (Vargas, Valecillos y Hernández, 2013)

A diferencia de la calidad de un bien o servicio que no sea público, garantizar la calidad del servicio público en salud significa buscar la equidad de las acciones y servicios de salud para toda la población (OMS, 2001).

En ese afán del Estado, por garantizar la calidad de los servicios de salud, nace la necesidad de acreditar a los establecimientos de salud, y certificar a los centros de ayuda al diagnóstico. Pero como definimos acreditar, según el Diccionario Larousse, significa "dar seguridad de que una persona o cosa de lo que representa" y certificar como "hacer cierto un hecho mediante un documento público".

Según la Norma Técnica de Acreditación de los Servicios de Salud NTS 050-MINSA/DGSP-V.02:

La acreditación tiene la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud, según su nivel de complejidad, cuentan con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos. El propósito de la acreditación es promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Sin embargo, la acreditación por sí sola no asegura calidad, pero garantiza que las instituciones de salud cumplan con estándares mínimos, en estructura, procesos internos y resultados de la atención médica. (Miyahira, 2001, p.1)

La gestión de la calidad en EsSalud comprende el despliegue de acciones que busquen reconocer, atender y satisfacer las necesidades de los diferentes segmentos de usuarios, proveedores y grupos de interés internos o externos, alrededor de los servicios que brindamos en términos de seguridad y humanización en el cuidado de la salud. (ESSALUD, 2016).

La calidad de los servicios de salud, brindados por el Seguro Social de Salud (EsSalud), viene siendo gestionado por la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de la Atención, órgano

de asesoramiento de la Alta Dirección encargado de promover la implementación de prácticas de gestión de la calidad, en los órganos centrales y desconcentrados de ESSALUD y tiene las funciones siguientes:

- a) Proponer y evaluar las políticas, lineamientos, normas y estándares mínimos de gestión de riesgos para la seguridad del paciente y la garantía de la calidad en el ámbito institucional.
- b) Promover una cultura de la calidad y trato humanizado en la institución, a través de actividades de asistencia técnica y soporte a los órganos de la institución.
- c) Evaluar las acciones de prevención y mitigación de los eventos adversos en los procesos de atención de los asegurados.
- d) Formular, proponer y evaluar planes, programas y estrategias para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente.
- e) Elaborar instrumentos de gestión de calidad y mejora continua en los servicios de los órganos a nivel nacional.
- f) Realizar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los órganos de ESSALUD a nivel nacional.
- g) Promover y evaluar las acciones de investigación, medición de la calidad y seguridad en la atención del paciente
- h) Evaluar y emitir opinión técnica respecto a los documentos relacionados al ámbito de sus funciones que estipulen los contratos en la modalidad de Asociación Público-Privada suscritos por ESSALUD. (ROF ESSALUD, 2014, p.18-20).

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de la Atención, tiene a su cargo dos Gerencias de Líneas, nos referimos a la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención y la Gerencia de Acreditación y Mejora continua de la Calidad, órganos responsables de la calidad, el trato humanizado que debe brindarse a los asegurados en todos los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud, que de manera incipiente viene realizando actividades de sensibilización y capacitación al personal asistencial, con mucha aceptación por parte del personal de enfermería, pero con una importante renuencia en el personal médico.

### **2.2.13. LA ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

La acreditación de un establecimiento de Salud, es un proceso que va ligado a la calidad, este comprende dos fases: la autoevaluación que es obligatoria y debe ser realizada por la entidad, o un equipo de evaluadores previamente certificados, del propio establecimiento de salud, público o privado, que haciendo uso del manual de estándares realizan la evaluación de forma interna para determinar las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, y plasmarlo en un plan de mejoramiento continuo que permita al establecimiento de salud, superar las deficiencias y poder empezar la segunda fase que es la evaluación externa,

El Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia Nacional de Salud establecía los estándares para la comparación del desempeño de los establecimientos de salud, con la finalidad de promover la calidad, así mismo supervisaba su cumplimiento y dictaba las sanciones correspondientes de ser el caso. Además, llevaba a cabo los procesos de categorización y acreditación de los establecimientos de salud públicos y privados, hasta el 16 de diciembre del 2016, fecha en que se publica el Decreto Legislativo N° 1289, que modifica las funciones generales y específicas de SUSALUD, suprimiendo esas funciones.

Es importante tener claro que el proceso anterior a la acreditación es la “Categorización”, según la NTS N° 021·MINSA/DGSP·V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos de Salud”, lo define como: “Proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende”.

En ese sentido, el proceso de categorización en nuestro país es obligatoria, en el primer nivel de atención considerará Establecimientos de Salud con población asignada y establecimientos de Salud sin población asignada.

El proceso de categorización en el segundo y tercer nivel de atención considerará Establecimientos de Salud de Atención General (categorías: II - 1, II - 2 Y 111 - 1) y Establecimiento de Salud de Atención Especializada (categorías: II - E, 111 - 2 Y 111 - E).  
(NTS N° 021 MINSA)

El Ministerio de Salud, ente rector del sector salud, en nuestro país no ha establecido normatividad de forma obligatoria que exija a los establecimientos de salud ejecutar el proceso de acreditación de la calidad ni la evaluación de sus resultados, tan sólo se maneja como una buena práctica sugerida a través de evaluaciones de forma periódica de sus procesos en post del mejoramiento continuo de la calidad de la atención y otros servicios conexos.

Ese sistema se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar. También mide el éxito y el resultado de los distintos esfuerzos para obtener un servicio de calidad. No obstante, su aplicación es voluntaria y, al parecer, poco relevante para nuestros ideólogos de la salud, quienes creen que sentar las bases normativas de infraestructuras, equipamientos y recursos humanos

inflexibles en su aplicabilidad garantizan una estandarización de la calidad. (Puente, 2018, p.1)

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.3.1. PROYECTOS DE INVERSIÓN**

Es toda intervención limitada en el tiempo, que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar la capacidad productora de bienes y servicios; cuyos beneficios se generan durante la vida útil del proyecto y éstos sean independientes de otros proyectos

### **2.3.2. CONCEPTO DE PRIVATIZACIÓN**

La privatización viene del verbo privatizar y se refiere a la acción de transferir activos públicos al sector privado, esto implica que un servicio público se vuelva privado, y se encargue a terceros particulares la prestación de manera directa o indirecta de manera definitiva, sin sujetarse al control directo y permanente del Estado, sin perjuicio de que éste pueda participar y competir en la prestación de este. Es un proceso que consiste en la transferencia de una empresa estatal al sector privado, la misma que se realiza básicamente por la compra de esta.

Una privatización implica cambios estructurales en la organización de las empresas del Estado, que pasan a manos del sector privado, los defensores de la privatización sostienen que con ello se reducen los gastos estatales, y se compensa los desequilibrios que genera la participación del Estado en el mercado, teniendo en cuenta que éste nunca será un buen administrador.

### **2.3.3. CONCEPTO DE CONCESIÓN**

En economía y en Derecho Administrativo, una concesión es el otorgamiento del derecho de uso y explotación de bienes y servicios por parte de una Administración pública o empresa a otra, generalmente privada, generalmente por períodos muy largos de tiempo.

La concesión tiene por objeto la administración de los bienes públicos mediante el uso, aprovechamiento, explotación de las instalaciones o la construcción de obras y nuevas terminales de cualquier índole sea marítima, terrestre o aérea de los bienes del dominio público.

Los objetivos de estos negocios radican en proporcionar servicios esenciales para el público, por ejemplo, la electricidad, el gas, el suministro de agua, la depuración de aguas residuales y las telecomunicaciones. Las concesiones públicas afectan a casi toda la infraestructura de los países desarrollados, ya que requieren grandes redes de distribución integradas, o la coordinación de muchos servicios esenciales como la red nacional del tendido eléctrico.

### **2.3.4. RENTABILIDAD SOCIAL**

La rentabilidad social es el valor que los proyectos aportan a la sociedad como beneficios a adquirir una vez se ejecuten y se pongan en marcha. Esta rentabilidad puede ser positiva independientemente de si la rentabilidad económica del proyecto lo es o no.

### **2.3.5. RENTABILIDAD FINANCIERA**

En la economía, la rentabilidad financiera es considerada como aquel vínculo que existe entre el lucro económico que se obtiene de determinada acción y los recursos que son requeridos para la generación de dicho beneficio. En otras palabras, puede entenderse a la rentabilidad o “return on



equity” en inglés ROE, como el retorno que recibe un accionista en una empresa por participar económicamente de la misma

### **2.3.6. VALOR POR DINERO**

El principio de valor por dinero tiene como objeto la búsqueda de la combinación óptima entre los costos y la calidad del servicio público ofrecido a los usuarios, teniendo en cuenta una adecuada distribución de riesgos en todas las fases del proyecto de Asociación Público-Privada. La generación de valor por dinero en las fases de desarrollo de las Asociaciones Público-Privadas es responsabilidad del Ministerio, Gobierno Regional o Gobierno Local y puede darse de manera no limitativa en diferentes etapas del proyecto.

## **III. MÉTODO**

### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación utiliza el método **teórico aplicado**, ya que se preocupa en recabar información de la realidad del sector estudiado, y revisar las evidencias disponibles sobre el impacto de las Asociaciones Público Privadas y su relación con el servicio eficiente en los servicios de salud en el Seguro Social de Salud, para enriquecer el conocimiento teórico orientado a promover la utilización de este mecanismo contractual en el marco de la inversión privada para la prestación de servicios públicos en salud, mejorando así la calidad de los servicios de salud pública otorgadas a las personas aseguradas al Seguro Social de Salud.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

En la presente investigación se ha tomado como población 136 personas involucradas en el tema. Los sujetos que constituyen la unidad de análisis en la presente investigación son médicos

especialistas, enfermeras, profesionales de la salud, funcionarios del sector, además se consideró importante incluir la percepción de los pacientes asegurados.

Así mismo, para obtener la muestra, y teniendo en cuenta que la población es menor a 1000 personas, se aplicará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 N + Z^2 p q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población = 136

p = Porcentaje de aceptación (+ 0.5)

q = Porcentaje de rechazo (-0.5)

E = Error permisible de 5% = 0.05

Z= Nivel de confianza al 95% = 2

Reemplazando las variables tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (136)}{(0.05)^2 (136) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.842) (0.25) (136)}{(0.0025) (136) + (3.842) (0.25)}$$

$$n = \frac{130.614}{1.30}$$

$$n = 100$$

### **3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **3.3.1. DEFINICIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE**

##### **Asociación Público Privada**

Las Asociaciones Público Privadas constituyen una modalidad de participación de inversión privada, mediante contratos de largo plazo, en los que interviene el Estado, a través de alguna entidad pública y uno o más inversionistas privados, para desarrollar proyectos de infraestructura pública y servicios públicos, en la que se distribuyen de manera adecuada los riesgos de un proyecto y se destinan recursos preferentemente del sector privado, primando el valor por dinero, dentro de un marco institucional adecuado.

En el caso del sector salud, las Asociaciones Público-Privadas abarca la construcción de infraestructura y equipamiento hospitalario, brindar los servicios clínicos, intermedios y complementarios que garantizan altos niveles de atención, sin que el Estado pierda su titularidad, ni el rol supervisor.

##### **Dimensiones:**

- Inversión privada
  
- Marco institucional

#### **3.3.2. DEFINICIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE**

##### **Servicio eficiente**

El servicio eficiente en los servicios de salud pública, desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, va de la mano con la calidad con que se brinda un servicio de salud donde el desempeño laboral juega un rol preponderante.

Un sistema de salud es considerado eficiente cuando el servicio de salud es brindado a la sociedad con un uso mínimo de recursos y con un nivel de calidad aceptable. Para medir estos parámetros, en la atención hospitalaria, se cuentan con indicadores de calidad y eficiencia que sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar un hospital y de esta manera facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo.

**Dimensiones:**

- Evaluación de desempeño
- Calidad

### **3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los datos que se han obtenido para el desarrollo de la presente investigación, se recabaron utilizando diversos instrumentos de recolección de data como:

- **Encuestas de fuentes secundarias:** Se obtuvo información solicitada al Seguro Social de Salud, respecto al resultado arrojado en las encuestas de satisfacción durante el período 2017 aplicadas a los pacientes asegurados, respecto a la percepción de la atención médica recibida, y demás aspectos relacionados a las Asociaciones Público Privadas (APP) y su relación con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en

el distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

- **Cuestionarios:** Se utilizaron 19 preguntas cerradas, referidas al tema investigado, aplicadas a las personas de la muestra obtenida, estará conformado por preguntas relacionadas a los indicadores de cada una de las variables.
- **Análisis de literatura referidos al tema:** Fue necesario y primordial la revisión de diversa literatura de autores nacionales y extranjeros, obtenidas de fuentes escritas como tesis, libros, artículos de revistas especializadas, así como de data estadística respecto a los resultados de indicadores de desempeño de establecimientos de salud de similar característica.

### 3.5. PROCEDIMIENTOS

Para el procesamiento de la data obtenida se llevaron a cabo los siguientes procedimientos que consistieron en:

- **Ordenamiento y clasificación de la data:** Los datos obtenidos al aplicar los instrumentos de recolección de datos, referidos al tema de investigación, que al provenir de diversas fuentes fue necesario clasificarlos para una mejor comprensión y estudio.
- **Registro de la data:** Los datos obtenidos de las fuentes de información sobre el tema estudiado se registraron en forma manuscrita mediante el uso de los cuestionarios, para luego ser digitados en un archivo en excell que serviría de base para el análisis en el sistema SPSS.

- **Registro en excell:** Como ya se había mencionado, la data obtenida en forma manual y manuscrita sobre el tema estudiado se ordenaron y clasificaron en un archivo excell para un eficiente manejo de los datos a ingresarse al aplicativo SPSS para su procesamiento.
- **Procesamiento en el Sistema SPSS:** Finalmente se digitó todos los datos ordenados previamente, para ser procesados y analizados, para determinar los resultados

### 3.6. ANÁLISIS DE DATOS

Se ha utilizado los siguientes métodos para el análisis de datos:

**Media aritmética:** Viene a ser el puntaje obtenido en una distribución que comprende la suma de todas las puntuaciones dividida entre el número total de personas, si denotamos por  $(x_1, x_2, \dots, x_n)$ , los  $n$  datos que se han recogido de las variables indicadas, la media aritmética se obtendría así:

$$\text{Media } (\bar{x}) = \frac{\sum_{j=1}^n X_j}{n}$$

**La desviación típica:** Por definición es la raíz cuadrada de la varianza y demuestra la dispersión de una distribución, y además se expresa en las mismas unidades de medida de la variable. Es por ello que la desviación típica es la medida de dispersión más utilizada en la estadística.

**La varianza:** Es la media de los cuadrados de las diferencias entre cada valor de la variable y la media aritmética de la distribución.

**Nivel de significación:** Al 0.005 que indica un nivel de confianza del 95%, tanto para las correlaciones simples, como para las diferencias y regresiones múltiples encontradas.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

#### - Hipótesis principal

**HO** La aplicación de las Asociaciones Público-Privadas (APP) y su relación con el servicio eficiente **no es eficaz** en el Seguro Social de Salud en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima-período 2017, entonces **no mejorará** el servicio eficiente en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

**H1** La aplicación de las Asociaciones Público Privadas (APP) y su relación con el servicio eficiente **es eficaz** en el Seguro Social de Salud en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima-período 2017, entonces **si mejorará** el servicio eficiente en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

#### - Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	16,037 (a)	5	0.007
Razón de verosimilitud	19,015	5	0.002
Asociación lineal por lineal	5,951	1	0.015

a 3 casillas (25.0% tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.4. Tenemos que el valor de  $X^2 t$  (Chi cuadrado de tablas) con 5 grados de libertad y un nivel de confiabilidad de 95% es 12.8325

Como el valor de  $X^2 c$  (Chi cuadrado calculado) es mayor que  $X^2 t$  (Chi teórico).

Por consiguiente, rechazamos la hipótesis nula (H0) y aceptamos la alterna (H1), concluyendo en que las Asociaciones Público Privadas (APP) si se relacionan directamente con el servicio eficiente, mediante la evaluación de desempeño del personal, y determinando mayor calidad por la mejora continua en su atención a los asegurados en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso “Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente”.

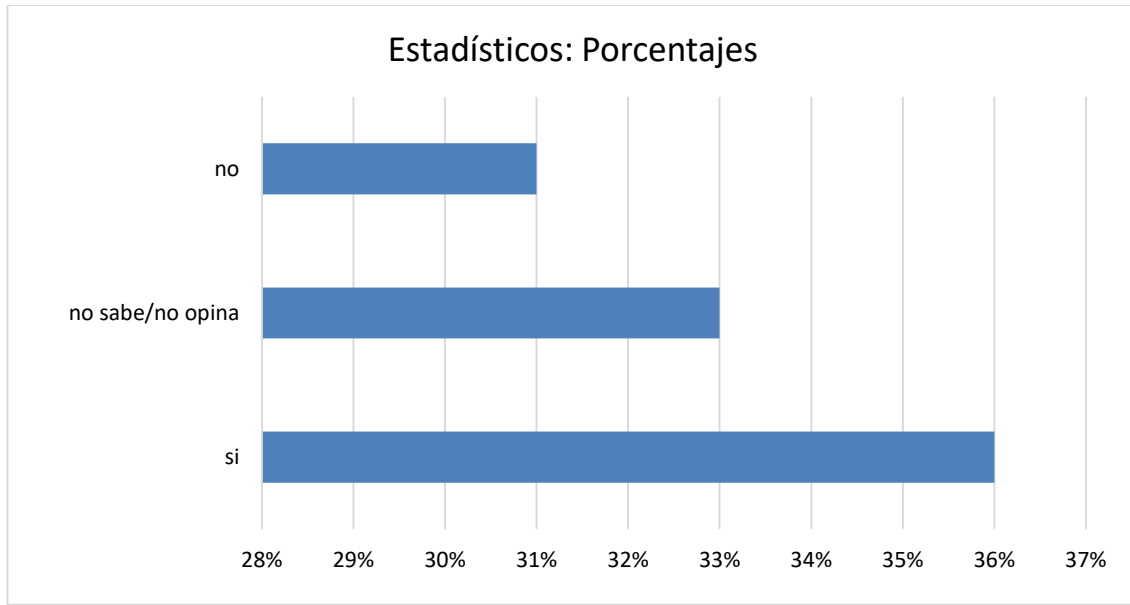
#### 4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se obtuvieron los siguientes resultados de la recolección de datos (cuestionario, encuestas), para validar como las Asociaciones Público-Privadas (APP) guardan relación con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017.

1. ¿Conoce usted que es una Asociación Público-Privada, y qué relación tiene con el Seguro Social de Salud, ¿Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	36	36%	36%	36%
	no sabe/no opina	33	33%	33%	69%
	No	31	31%	31%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	





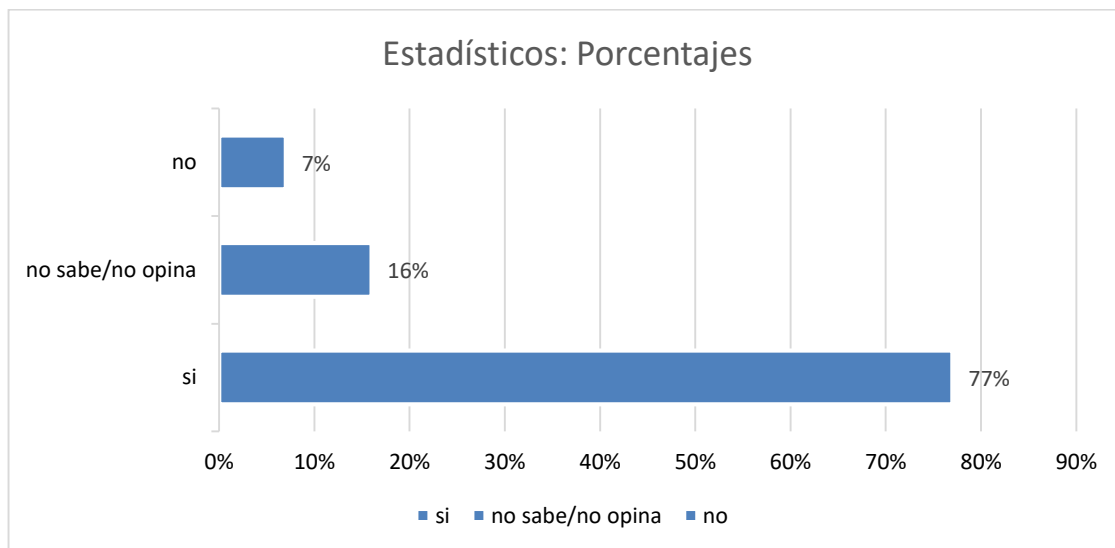
Varianza: 1.808

Desviación típica: 1.345

El resultado obtenido, demuestra que el 36% de los encuestados si conoce que es una Asociación Público Privada, y la relación que guarda con el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, en tanto que el 31% no conoce, y el 33% no sabe, no opina. Lo que hace notar que los encuestados pacientes asegurados que se atienden en el Hospital Guillermo Kaelin, en su mayoría no saben o desconocen la relación que guardan las Asociaciones Público Privadas con el Seguro Social de Salud, esto debido a que el asegurado paciente le interesa la prestación del servicio, no como ni quien se lo brinde, como es de entender la mayor demanda de servicios públicos en salud, la constituyen la población de escasos recursos, que generalmente no tienen acceso a otros tipos de seguros privados.

2. ¿Conoce usted la diferencia entre concesión y privatización, respecto a Asociaciones Público-Privadas en el Seguro Social de salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	77	77%	77%	77%
	no sabe/no opina	16	16%	16%	93%
	No	7	7%	7%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



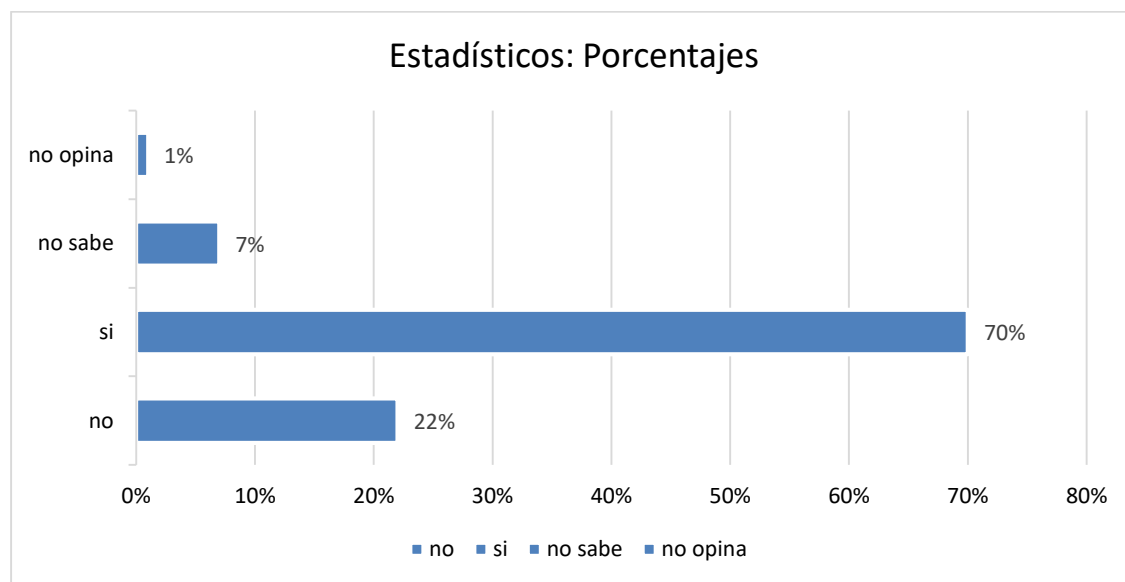
Varianza: 0.345

Desviación típica: 0.587

El resultado obtenido, demuestra que el 77% de los encuestados si sabe la diferencia entre concesión y privatización, y el 16% no sabe, no opina. y sólo un 7% no conoce la diferencia entre la concesión y la privatización. Lo que hace notar que los encuestados funcionarios del sector, en su mayoría si conocen las diferencias entre éstas dos figuras de intervención del sector privado.

3. ¿Piensa usted que la inversión privada es un factor que favorece el crecimiento económico del país, y fomenta el desarrollo de las App en el Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	22	22%	22%	22%
	Si	70	70%	70%	92%
	no sabe	7	7%	7%	99%
	no opina	1	1%	1%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



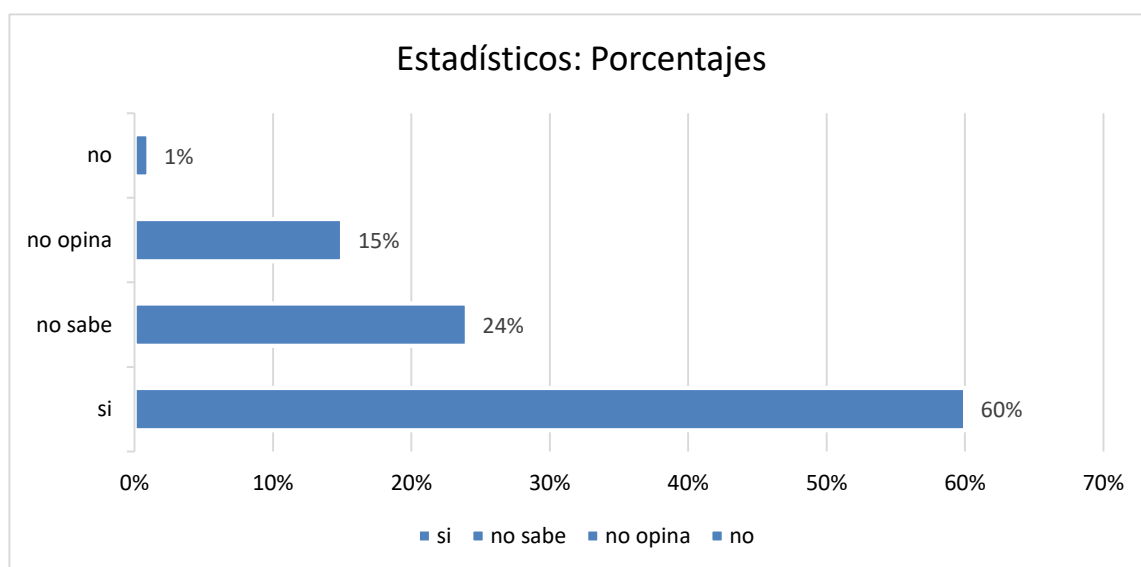
Varianza: 1.346

Desviación típica: 1.808

Los resultados obtenidos demuestran que el 70%, piensa que la inversión privada si favorece al crecimiento económico del país, y un mínimo de 8% no sabe, no opina.

4. ¿Considera usted que la inversión privada reduce las brechas de acceso a la salud (infraestructura y atención médica) con más hospitales construidos mediante APP en el Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	60	60%	60%	60%
	no sabe	24	24%	24%	84%
	no opina	15	15%	15%	99%
	No	1	1%	1%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



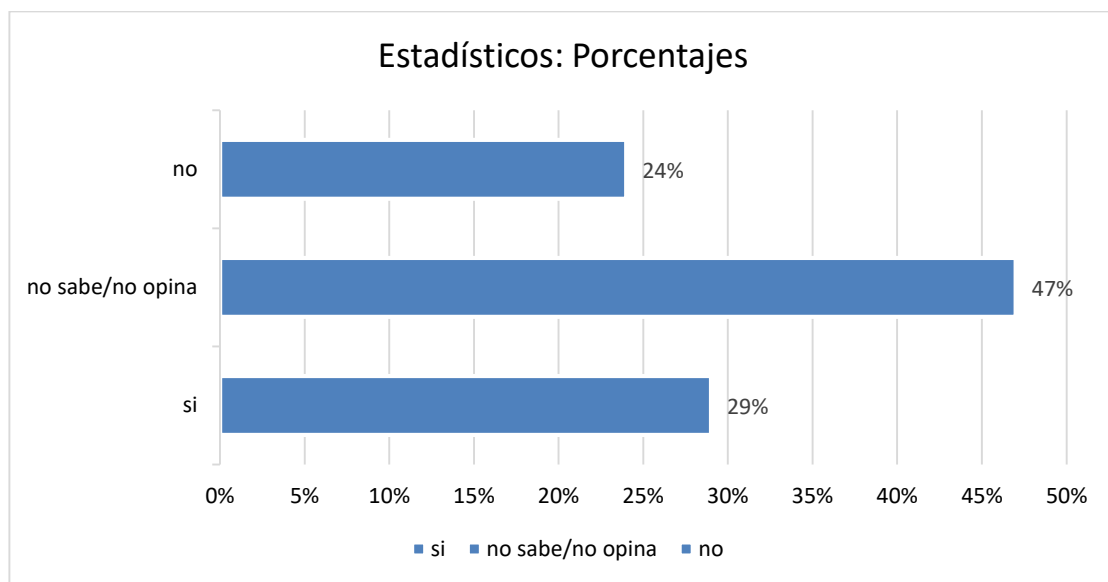
Varianza: 0.593

Desviación típica: 0.770

El resultado obtenido, demuestra que el 60% de los encuestados si considera que la inversión privada puede ayudar a proveer de más infraestructura y atención médica en el Seguro Social de Salud, y un 39% de los encuestados funcionarios públicos no sabe, no opina.

5. ¿Conoce usted un marco normativo que contenga leyes que fomenten la ejecución de proyectos de APP?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	29	29%	29%	29%
	no sabe/no opina	47	47%	47%	76%
	No	24	24%	24%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



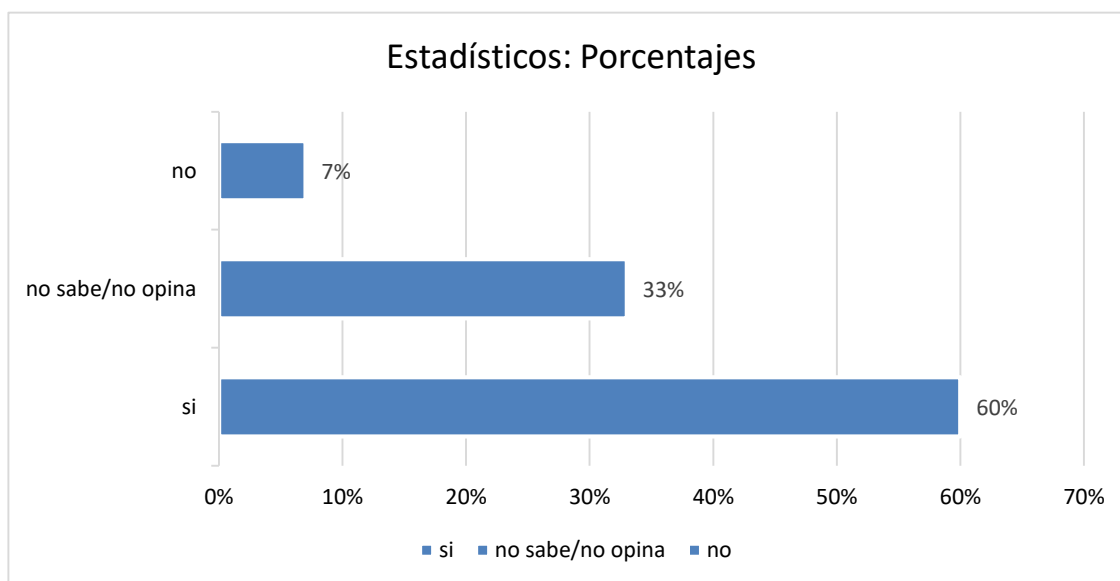
Varianza: 0.432

Desviación típica: 0.65

De la tabla, se puede observar que el 29% de los encuestados profesionales y funcionarios del sector salud, si conoce el marco normativo que regula la ejecución de proyectos a través de la modalidad de Asociación Público-Privada, y un 24% no lo conoce.

6. ¿Conoce usted que las reformas institucionales, llevadas a cabo por los gobiernos de turno han mejorado el marco institucional, potenciando el desarrollo de las APP en el Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	60	60%	60%	60%
	no sabe/no opina	33	33%	33%	93%
	No	7	7%	7%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



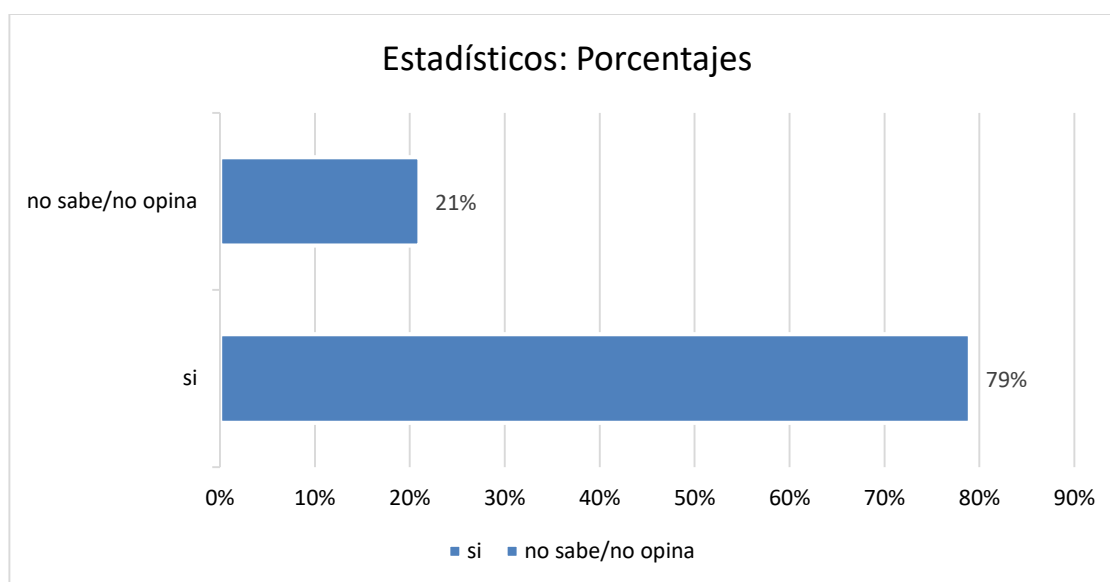
Varianza: 0.714

Desviación típica: 0.714

Según la data obtenida, se puede observar que el 60% de los encuestados profesionales y funcionarios del sector salud, si conoce las reformas institucionales realizadas por los últimos gobiernos, mientras que un 33% no sabe, no opina, y el 7% no lo conoce.

7. ¿Existe un marco normativo que regule los servicios de salud, y establezca el rol supervisor del Estado, sobre los contratos de APP?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	79	79%	79%	79%
	no sabe/no opina	21	21%	21%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



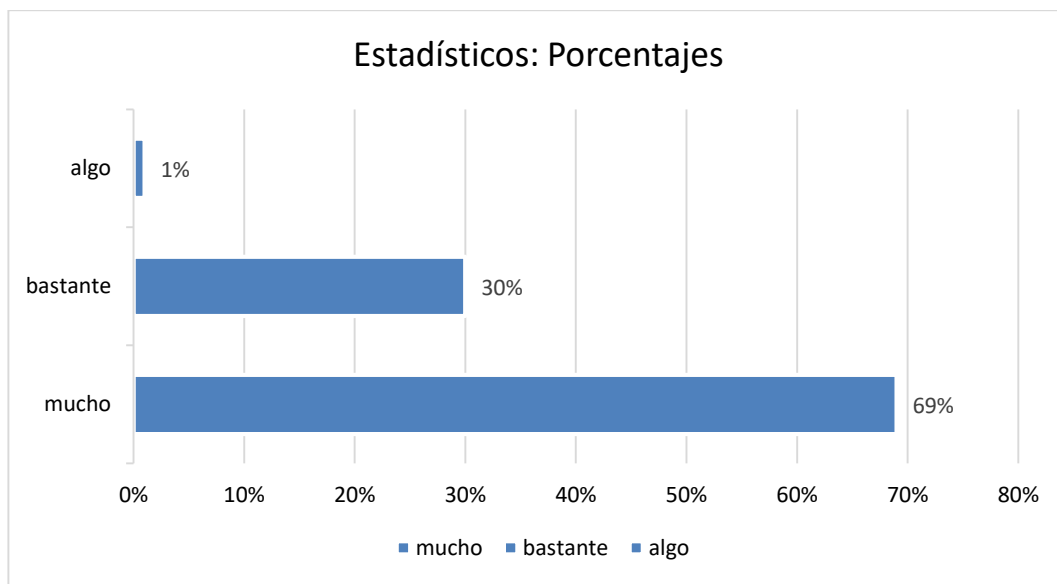
Varianza: 0.168

Desviación típica: 0.409

De los resultados obtenidos, se puede observar que el 79% de las personas encuestadas, dicen conocer la normatividad que regula los servicios de salud, y reconoce la rectoría del Ministerio de Salud, como ente rector y supervisor del Estado. Por otro lado, el 21% no sabe. No opina.

8. ¿Cree usted que los procesos del trabajo en equipo tienen repercusión en la evaluación del desempeño, para el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mucho	69	69%	69%	69%
	Bastante	30	30%	30%	99%
	Algo	1	1%	1%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



Varianza: 0.240

Desviación típica: 0.490

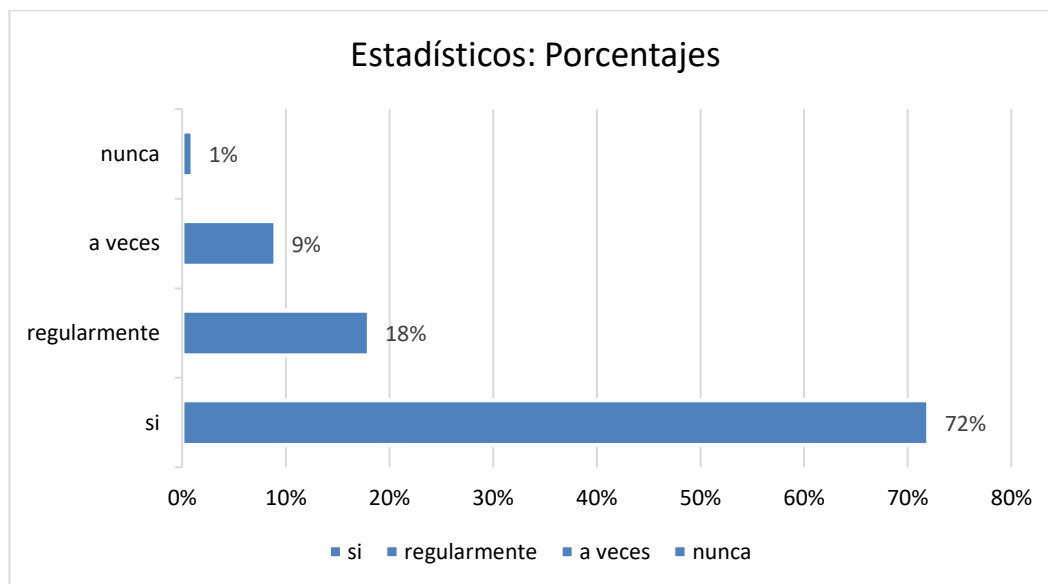
De la tabla, se puede observar que el 69% de los encuestados, personas aseguradas, pacientes creen mucho que lo procesos de trabajo repercuten en la evaluación del desempeño de los trabajadores asistenciales, en tanto que un 30% cree que repercute bastante y sólo 1%, piensa que repercute en algo.



9. ¿Cree usted que el buen trato incide positivamente en el servicio eficiente del Hospital

Guillermo Kaelin de la Fuente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	72	72%	72%	72%
	Regularmente	18	18%	18%	90%
	a veces	9	9%	9%	99%
	Nunca	1	1%	1%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



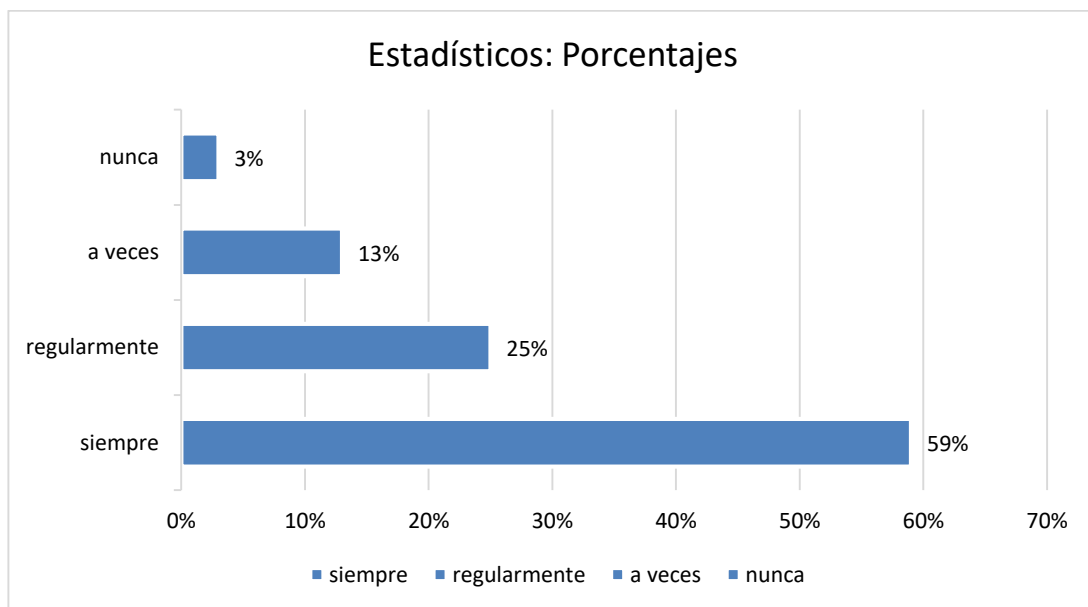
Varianza: 0.409

Desviación típica: 0.168

De los resultados obtenidos, la gran mayoría representada por el 72%, si cree que el buen trato incide positivamente en el servicio eficiente, un 18% cree que regularmente, un 9% a veces y tan sólo 1% cree que nunca.

10. ¿Considera usted que la evaluación del desempeño es un factor que incide positivamente en el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	59	59%	59%	59%
	regularmente	25	25%	25%	84%
	a veces	13	13%	13%	97%
	Nunca	3	3%	3%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



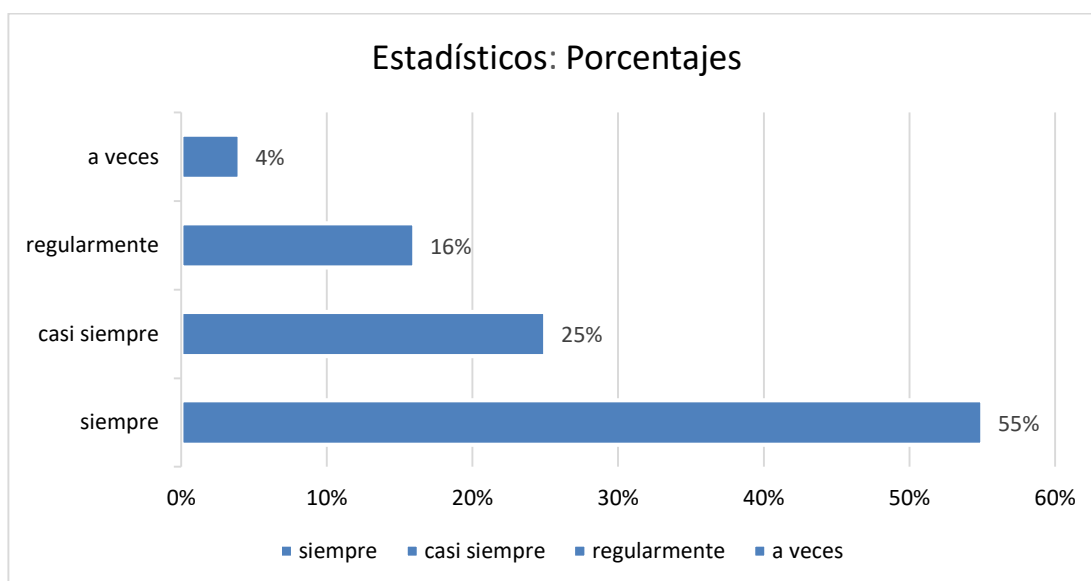
Varianza: 0.409

Desviación típica: 0.962

De la tabla, se puede observar que el 59% de los encuestados, considera que siempre incide en forma positiva en el servicio eficiente, un 25% lo considera regularmente, en tanto que 13% piensa que a veces y sólo un 3% considera que nunca.

11. ¿Cree usted que la entrega de medicamentos es oportuna, y mejora la atención de salud de los asegurados adscritos al Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente del Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	55	55%	55%	55%
	casi siempre	25	25%	25%	80%
	Regularmente	16	16%	16%	96%
	a veces	4	4%	4%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



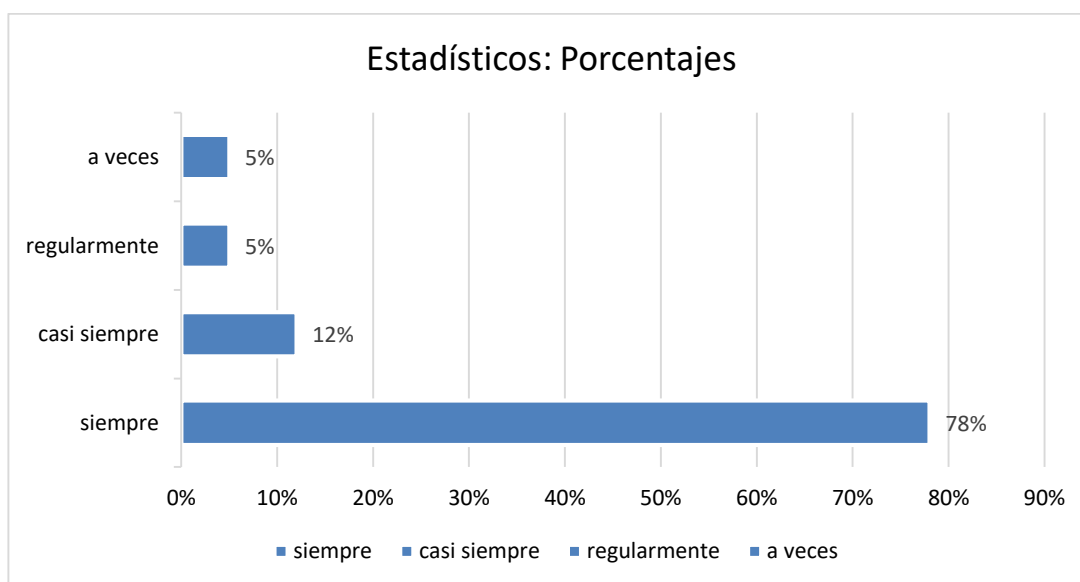
Varianza: 1.422

Desviación típica: 1.192

Los resultados obtenidos demuestran que un 55% de los encuestados cree que la entrega oportuna de medicamentos siempre mejora la atención de salud de los asegurados del Hospital, un 25% cree que casi siempre, un 16% regularmente y tan sólo un 4% a veces.

12. ¿Considera usted que el mejoramiento continuo incide en forma relevante en el servicio eficiente del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente del Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	78	78%	78%	78%
	casi siempre	12	12%	12%	90%
	Regularmente	5	5%	5%	95%
	a veces	5	5%	5%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



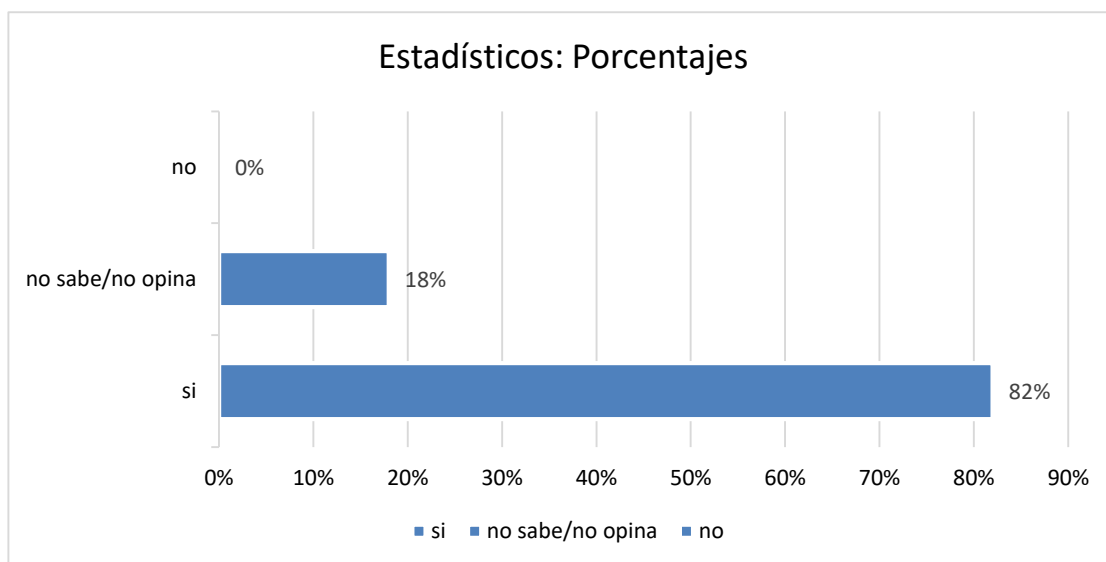
Varianza: 0.607

Desviación típica: 0.779

La información que muestra la tabla 17, hace notar que siempre el mejoramiento continuo incide en el servicio eficiente, así lo considera un 78% de los encuestados, un 12% cree que casi siempre, y tan sólo un 5% cree que regularmente y otro 5% cree que a veces.

13. ¿Cree usted que la acreditación de los Establecimientos de Salud, repercute en la calidad de servicio del Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	82	82%	82%	82%
	no sabe/no opina	18	18%	18%	100%
	no	0	0%	0%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



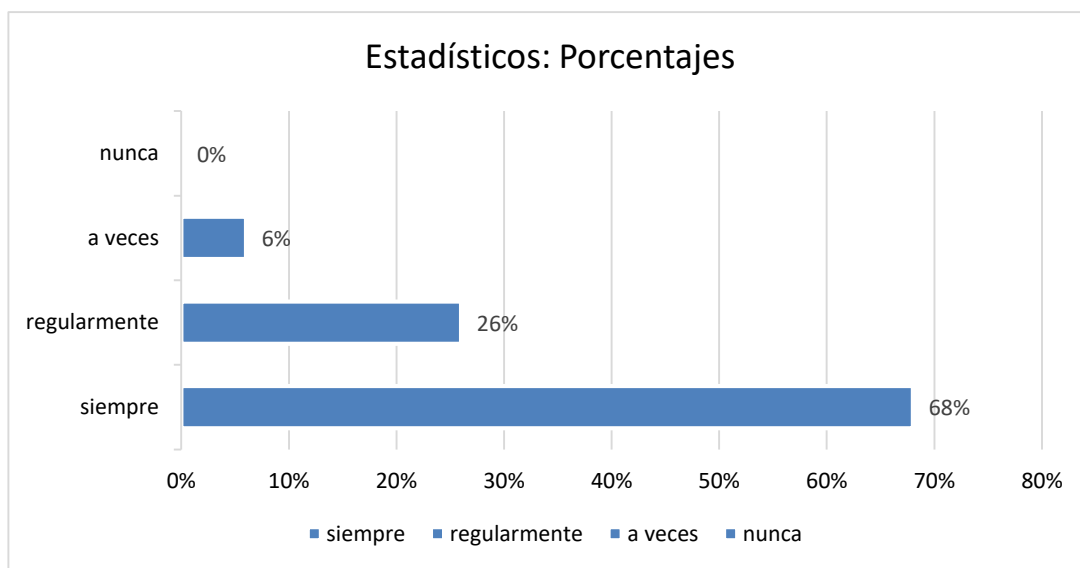
Varianza: 0.204

Desviación típica: 0.451

Los datos que muestra la tabla 18, indica que un 82% de los encuestados si cree que un establecimiento de salud acreditado repercute en la calidad de sus servicios, y tan solo un 18% no sabe, no opina.

14. ¿Cree usted que los procesos de citas por médico tratante, incide positivamente en la calidad del servicio del Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	siempre	68	68%	68%	68%
	regularmente	26	26%	26%	94%
	a veces	6	6%	6%	100%
	nunca	0	0%	0%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



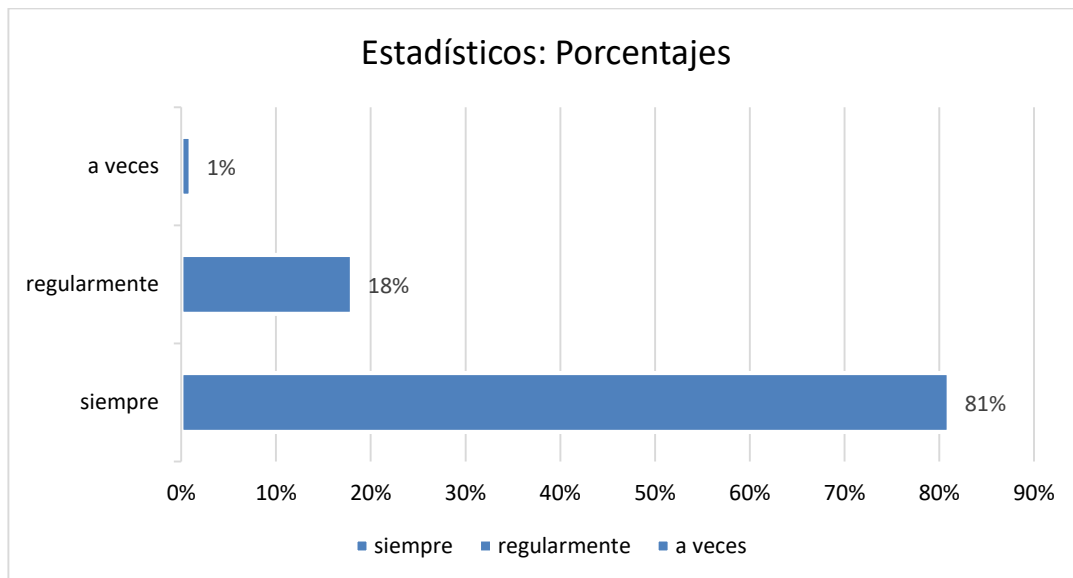
Varianza: 0.652

Desviación típica: 0.808

Los resultados obtenidos demuestran que un 68% de los encuestados, cree que los procesos de citas por médico tratante siempre incide positivamente en la calidad del servicio, y reduce el tiempo de espera, lo que mejora la calidad del servicio del Seguro Social., un 26% cree que incide regularmente y tan solo un 6% a veces.

15. ¿Considera usted que la atención médica recibida en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud es brindada con calidad y eficiencia?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	siempre	81	81%	81%	81%
	regularmente	18	18%	18%	99%
	a veces	1	1%	1%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



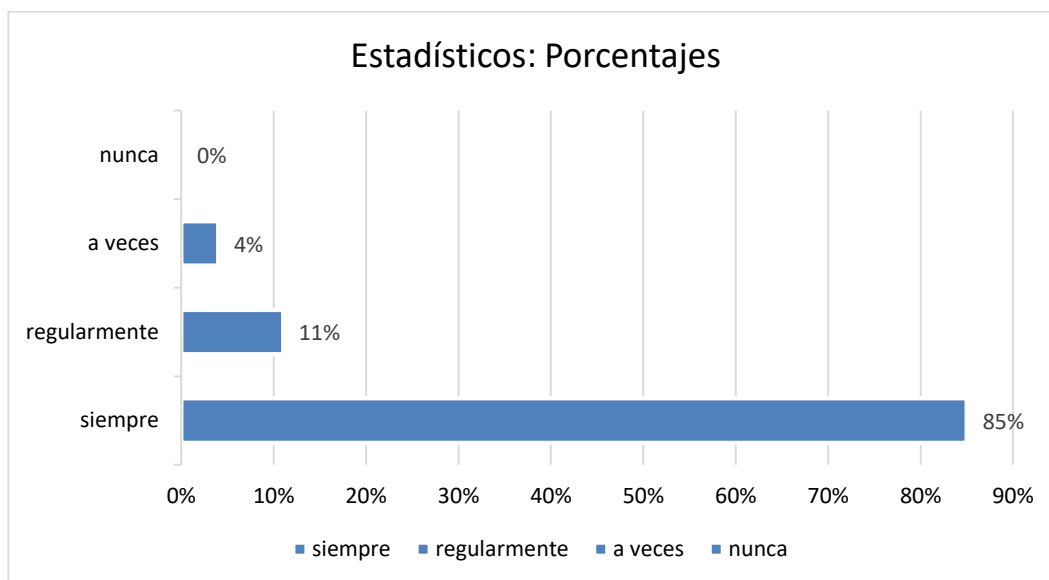
Varianza: 0.482

Desviación típica: 0.694

De la información mostrada, un 81% de los encuestados, entre ellos pacientes consideran que la atención médica recibida en el Hospital Guillermo Kaelin, siempre es brindada con calidad y eficiencia, mientras que un 18% considera que la atención médica es regular y sólo un 1% considera que a veces es brindada con calidad y eficiencia.

16. ¿Considera usted que el servicio de ayuda al diagnóstico es brindado adecuadamente, con oportunidad en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	siempre	85	85%	85%	85%
	regularmente	11	11%	11%	96%
	a veces	4	4%	4%	100%
	nunca	0	0%	0%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



Varianza: 0.896

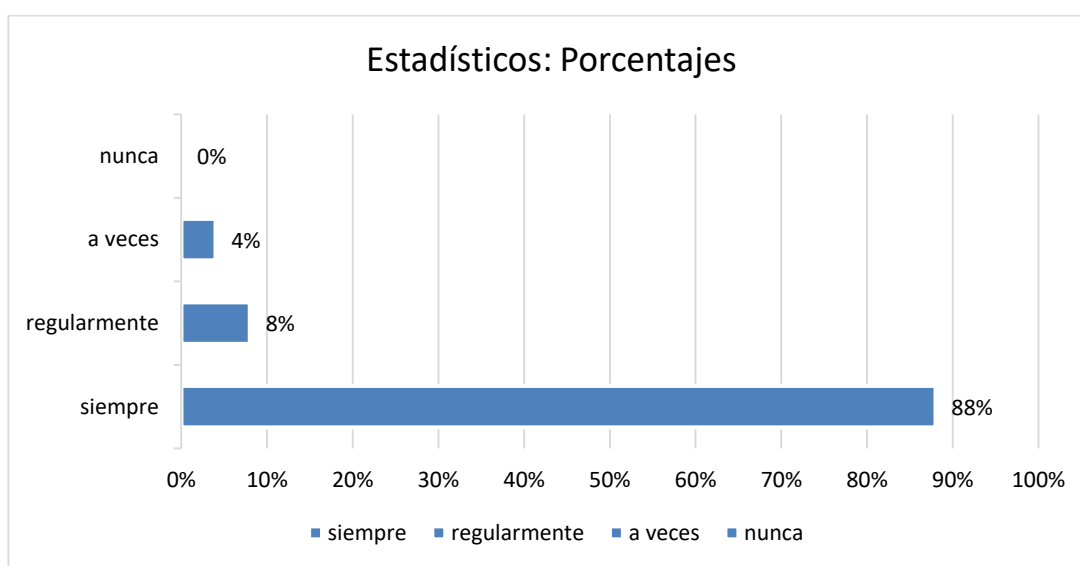
Desviación típica: 0.806

Los datos mostrados en la Tabla 21, indican que el 85% de las personas encuestadas, consideran que el servicio de ayuda al diagnóstico siempre es brindado con oportunidad en el Hospital Guillermo Kaelin, en tanto que un 11% considera que es brindado regularmente y un 4% a veces.



17. ¿Considera usted que los procesos automatizados, como la historia clínica electrónica incide en la calidad del servicio del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	88	88%	88%	88%
	Regularmente	8	8%	8%	96%
	a veces	4	4%	4%	100%
	Nunca	0	0%	0%	100%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



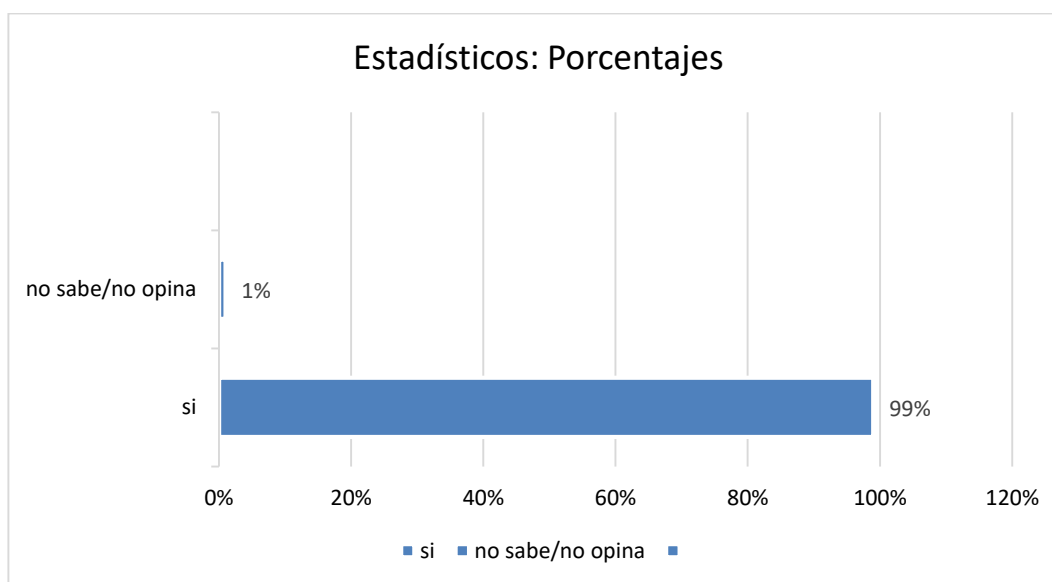
Varianza: 0.806

Desviación típica: 0.898

De los datos obtenidos en la Tabla 22, se observa que el 88% de los encuestados, considera que los procesos automatizados, como la historia clínica siempre incide en la calidad del servicio del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, así mismo un 8% considera que incide regularmente, un 4% a veces y ningún encuestado piensa que nunca.

18. ¿Considera usted que el servicio eficiente de las App es el resultado de la evaluación del desempeño y calidad en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	99	99%	99%	99%
	no sabe/no opina	1	1%	1%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



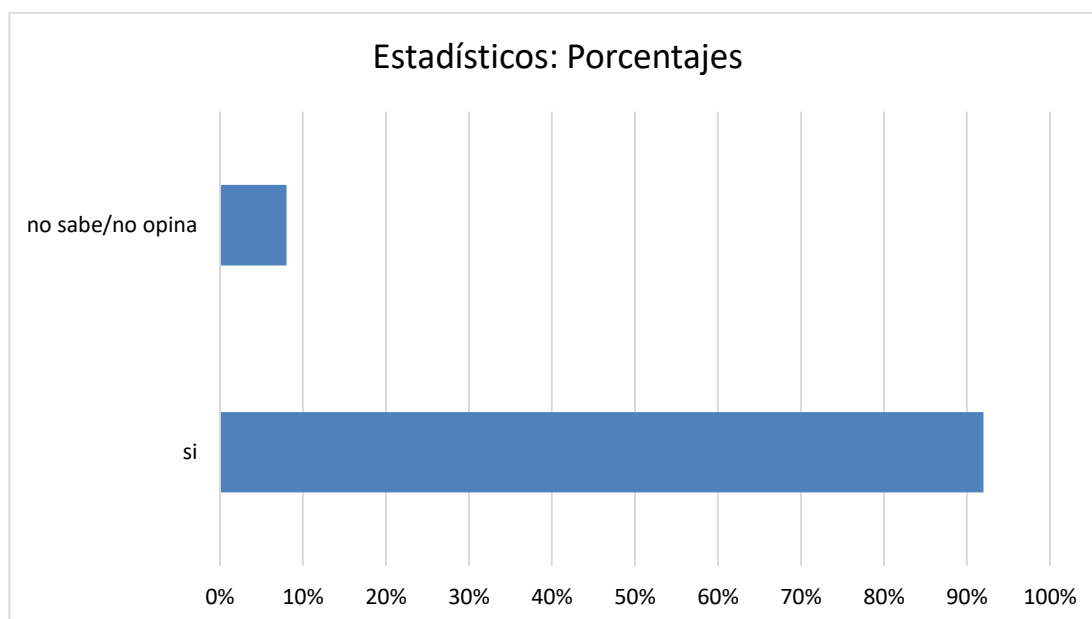
Varianza: 0.10

Desviación típica: 100

La información que nos muestra la Tabla 23, indica que el 99% de los pacientes encuestados, si considera que el servicio eficiente de las APP es el resultado de la evaluación del desempeño, y la calidad en el servicio del Hospital Guillermo Kaelin, mientras que sólo un pequeño porcentaje de 1% no sabe, no opina.

19. ¿Considera usted que las APP mejoró la eficiencia del servicio en el Seguro Social de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	92	92%	92%	92%
	no sabe/no opina	8	8%	8%	100%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	



Varianza: 0.149

Desviación típica: 0.386

Los resultados obtenidos en la Tabla 24, nos muestra que una gran mayoría de los encuestados, representados por el 92% si considera que las APP han mejorado la eficiencia del servicio en el Seguro Social de Salud, y tan sólo un 8% no sabe, no opina.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo, se hace un comparativo con el planteamiento de otros autores a fin de buscar si existe una relación directa y significativa entre las variables estudiadas.

La discusión de los resultados del análisis realizado, para una muestra aleatoria de 100 trabajadores arrojó lo siguiente:

- El 92% de los encuestados concluyen que las Asociaciones Público-Privadas (APP) si se relacionan con el servicio eficiente, resultado respaldado con lo concluido en la tesis de Grijalva (2012) que sostiene que “al tener como socio estratégico a la empresa privada, mediante un contrato de Asociación Público Privada, como nuevo modelo de gestión ha permitido proveer servicios públicos, bajo responsabilidad compartida, de forma eficiente y oportuna”. Así también la tesis de Bonilla (2016) concluye que, “las Asociaciones Público-Privadas realmente pueden constituirse como una opción muy ventajosa para el óptimo desarrollo de infraestructura pública, y que ésta debe realizarse bajos los términos adecuados a fin de mitigar los riesgos de ambas partes, resaltando el principio “valor por dinero”, y que finalmente favorezca a la población”, en efecto en ambos trabajos se resalta lo ventajoso que puede resultar éste mecanismo y la relación directa que existe con el servicio eficiente.
- Respecto a la relación que existe entre la inversión privada y el servicio eficiente que brinda el Seguro Social de Salud, en el Distrito de Villa María del Triunfo: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, se obtuvo que un 72% de los encuestados mencionan el buen trato recibido, por lo que esto puede valorarse como parte de un servicio eficiente, en

razones del buen desempeño laboral, trabajo en equipo y calidad. En ese sentido la tesis de Jorge et al. (2018), analiza la situación actual de EsSalud, y las mejoras en la percepción de la calidad bajo el modelo de gestión basado en Atención Primaria de los servicios que presta la IPRESS I-3 Policlínico Alberto Barton Thompson, establecimiento de salud bajo la modalidad de Asociación Público Privada, que al ser comparadas con otros Establecimiento de Salud de similar nivel demuestra que existe una mejora en la accesibilidad de las citas, entrega de medicamentos y atención médica.

- En relación con la correlación existente entre el marco normativo institucional y el servicio eficiente, se puede observar que el 79% de las personas encuestadas, dicen conocer la normatividad que regula los servicios de salud, y reconoce la rectoría del Ministerio de Salud, como ente rector, este aspecto es respaldado con lo concluido por Llumpo et al. (2014), en el informe publicado por el UCSF y PwC Price, en el cual se estudia el grado de madurez de los factores necesarios para el funcionamiento de Asociaciones Público-Privadas, uno de ellos la legislación de APP, y se concluye que el Perú es la primera APP en la que se ha avanzado más allá de la infraestructura para incorporar la gestión de la salud de la población, refiriéndose a las APP del Seguro Social de Salud-Es Salud, donde cada gobierno ha ido ajustando el marco jurídico.

Además, Ruiz et al. (2017), en su tesis también concluye que el marco institucional es una de las condiciones necesarias para la implementación de una APP, contextualizada en el sector salud peruano.

## **VI. CONCLUSIONES**

- El mejoramiento continuo incide en el servicio eficiente, así lo considera la mayoría de encuestados de la muestra, representado por un 78%. Efectivamente la calidad va directamente relacionada a la eficiencia de un servicio, el resultado de las encuestas de satisfacción del usuario, denotan una política de calidad en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, orientada a la mejora continua de la atención al paciente, lo que es acreditada con la obtención y/o renovación de certificaciones y acreditaciones.
- La atención médica, es valorada en un alto porcentaje de aceptación por los asegurados adscritos, 81% de los encuestados ha afirmado que la atención médica brindada en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, siempre es brindada con calidad y eficiencia, donde el factor de oportunidad repercute positivamente en la satisfacción de los usuarios
- La gestión de recursos humanos es uno de los pilares clave en la percepción de los pacientes asegurados, toda vez que el primer contacto al ingreso de un centro de salud es un personal asistencial o de admisión, cuyo buen desempeño y trato refleja la calidad en el servicio prestado. Esta característica sólo se recoge en un modelo de Asociación Público-Privada de Bata Blanca, en el que el personal es contratado y gestionado por la misma APP, lo que asegura además que no podrían producirse períodos de ausencia, como se ve en otros centros asistenciales gestionados por el Estado.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda fortalecer la política de calidad y atención humanizada hacia los pacientes, y ésta sea replicada en los modelos de Asociación Público Privadas en los siguientes contratos de APP.

- Se recomienda que se elaboren más proyectos APP de bata blanca en el sector salud, ya que éstos favorecen el crecimiento económico del país, fomentando el desarrollo de la eficiencia del servicio de salud. El Estado debe establecer mecanismos que prioricen proyectos autofinanciados, para evitar el desembolso inmediato de recursos públicos.
- Se recomienda fortalecer el marco institucional en nuestro país, para promover la inversión privada para el desarrollo de las Asociaciones Público-Privadas (APP), en el sector salud, con la finalidad de reducir la brecha social de infraestructura, y atención médica en los servicios de salud, es menester del Estado también establecer un marco regulatorio que asegure el valor por dinero, con contratos bien elaborados, que beneficien a la población, para evitar los sobrecostos.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia de Promoción de la Inversión Privada, PROINVERSION. (2017). Recuperado de

<https://www.proyectosapp.pe/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?are=0&prf=2&jer=5902&sec=22>

Alonso, P., Pinto, D., Astorga, I., & Freddi, J. (2014). Conceptos generales y modelos: Serie de notas técnicas sobre Asociaciones Público-Privadas en el sector de la salud de América Latina.. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VI. Series. IDB-TN-714, 7-10.

Alborta, G., Stevenson, C., & Triana, S. (2011). Asociaciones Público-Privadas para la prestación de servicios: Una visión hacia el futuro. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Mercados de Capital e Instituciones Financieras. IDB-DP- 195. Recuperado de <https://publications.iadb.org/handle/11319/5062>.

Alfonso, P. (2010). Eficiencia en Salud Pública. Revista Archivo Médico de Camagüey, 14(5) Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000500020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500020)

Álvarez, S. (1990). Aspectos del derecho a la protección de la salud como garantía fundamental de un Estado de Derecho, en Revista de Derecho Público, N° 47-48. Recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5107>

Ariño, G. (2004). Principios de Derecho Público Económico. Lima, Perú: Ariño y Asociados y ARA Editores, p. 10-20

Arredondo, A. (1999). Economía de la salud para América Latina: un marco para el análisis y la



- acción en sistemas de salud. Lima: Editorial UNMSM.
- Arslanalp, S.; Bornhorst, F. & Gupt, S. (2011). Inversión y crecimiento, en Revista Finanzas y Desarrollo, 36-37.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2016). Asociaciones Público-Privadas en el Perú: Análisis del nuevo marco legal. Recuperado de [https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv\\_privada/capacitaciones/modulo\\_5.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/capacitaciones/modulo_5.pdf)
- Barlow, J., Roehrich, J. & Wright, S. (2012). Are public-private partnership hospital projects a healthy option? Emerging European experience”. Imperial College Business School. South Kensington Campus. Research & Innovation Centre. University Of Bath..2013. “Results from Public-Private Partnerships for building and managing health care facilities and services.” Health Affairs, 32(1), p. 146-154.
- Barreto, C. (2011). Modelo de Asociación Pública-Privada: Un enfoque de teoría de contratos. Revista de Economía Institucional, vol. 13, núm. 25, 2011, pp. 249-274 Universidad Externado de Colombia Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rei/v13n25/v13n25a11.pdf>
- Bastías, V. (2016). Asociación pública privada en infraestructura hospitalaria. El caso de Chile: Hospital de Maipú y la Florida. (Tesis para optar al grado de Magister en Gestión y Políticas Públicas). Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile.
- Benites, G. (2014). Las asociaciones público-privadas como mecanismo para el desarrollo de

- proyectos de infraestructura en el ámbito de los gobiernos locales. Lima, 2014. (Tesis para optar el grado de Magister en Derecho de la Empresa con Mención en Regulación de Negocios). Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Blanco, F.; Martínez F. & Ferrando, M. (2015). Teoría de la Inversión. La inversión bajo condiciones de certidumbre. Ediciones Pirámide.
- Bonifaz, J., Urrunaga, R., Aguirre, J. & Urquiza, C. (2015). Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico. Un Plan para salir de la pobreza: Plan Nacional de Infraestructura 2016 – 2025, Lima, Perú: Editado por: Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional.
- Bonilla, N. (2016). Ensayo El impacto de las asociaciones público-privadas en los proyectos de infraestructura social. (Ensayo para Especialización en Derecho Administrativo). Bogotá, Ecuador: Universidad Militar Nueva Granada.
- Bonnefoy, J. & Armijo, M. (2005). Indicadores de Desempeño en el Sector Público. Serie de manuales CEPAL. Santiago de Chile, Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5611/S05900\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5611/S05900_es.pdf)
- Cassagne, J. (1999). El Contrato Administrativo. Buenos Aires, Abelardo-Perrot, 1999. p. 13.
- Catalá, F. (2009). Cuidados de salud basados en la eficiencia. Conceptos generales en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Enfermería Clínica*.19(1): 35-42.
- Celedón, C.& Noé, M. (2000). Reformas en el sector de la salud y participación social. *Revista*

de Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2).

CEPLAN. (2011). Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021. Recuperado de

[https://www.ceplan.gob.pe/documentos/\\_plan-bicentenario-el-peru-hacia-el-2021/](https://www.ceplan.gob.pe/documentos/_plan-bicentenario-el-peru-hacia-el-2021/)

Chang, H. (2007). La Administración de la Inversión Pública. Recuperado de

[https://esa.un.org/techcoop/documents/SOERreform\\_Spanish.pdf](https://esa.un.org/techcoop/documents/SOERreform_Spanish.pdf).

Cipoletta, G. (2015) Serie Financiamiento para el Desarrollo Financiamiento de la Infraestructura para la Integración Regional: Alternativas para América del Sur.2015 Santiago de Chile.

Congreso de la República (2016). Informe de Investigación 27 : La Infraestructura Hospitalaria

Pública en el Perú. Recuperado de

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/97D83D04226344EC0525809500726521/\\$FILE/INFRAESTRUCTURA\\_HOSPITALARIA.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/97D83D04226344EC0525809500726521/$FILE/INFRAESTRUCTURA_HOSPITALARIA.pdf).

Congreso de la República. (1991). Decreto Legislativo N° 674 que aprueba la Ley de Promoción de la Inversión Privada de las Empresas del Estado. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 27 de septiembre de 1991. Perú.

Congreso de la República. (2018). Decreto Legislativo N° 1362 que regula la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público-Privadas y Proyectos en Activos. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 22 de Julio del 2018. Perú.

Congreso de la República. (2013). Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al Fortalecimiento y Cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 06 de diciembre del 2013. Perú

Congreso de la República. (2016). Decreto Legislativo N° 1289 que dicta Disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.

Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 29 de diciembre del 2016. Perú

Congreso de la República (1997). Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social.

Promulgada el 17 de mayo del 1997. Perú.

Congreso de la República (2009). Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Publicado

en el Diario Oficial El Peruano el 09 de abril del 2009. Perú.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006). Recuperado de

[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

Contraloría General de la República (2014). Gerencia de Estudios y Gestión Pública, Estudio:

Efectividad de la inversión pública a nivel regional y local durante el período 2009 al 2014, Lima, Perú: Con el apoyo de Cooperación Alemana, implementada por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH Programa eforma del Estado orientada a la Ciudadanía (Buena Gobernanza).

Copetta, C.& Barrera, M. (2011). Financiamiento, Regulación y Fiscalización en Latinoamérica:

Más calidad y derechos en Salud. IV Congreso Latinoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud; Santiago de Chile, Chile. Ministerio de Salud de Chile.

osti, M., González de Dios, J., Sacristán, JA. (2010). Evaluación Económica en Medicina (III). Revisión de las directrices para la realización de evaluaciones económicas.

Instrumentos de valoración de la calidad metodológica.

De la Puente, M. (1991). El Contrato en General. Primera Parte, Tomo I. Lima, Pontificia

- Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 1991. p. 361-362.
- Diez, M (1979). Derecho Administrativo. Buenos Aires, Plus Ultra, p. 333
- Drummond, MF.; O'Brien, BJ.; Stoddart, GL & Torrance, GW. (2001). Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. 2 ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico. (2015). Un Plan para salir de la pobreza: Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025. Lima, Perú: AFIN. Recuperado de [https://www.proyectosapp.pe/RepositorioAPS/0/2/JER/SF\\_HUANCAYO\\_HUANCAVE\\_LICA/plan\\_nacional\\_infraestructura\\_2016\\_2025\\_2.pdf](https://www.proyectosapp.pe/RepositorioAPS/0/2/JER/SF_HUANCAYO_HUANCAVE_LICA/plan_nacional_infraestructura_2016_2025_2.pdf)
- Escuela Nacional de Salud Pública. (2006). Módulo economía y salud.
- Figuerola, R. (2013). Estudios constitucionales vol.11 no.2 Santiago, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, Chile.
- Fonseca, G.& Valenzuela, C. (2013). Necesidad de la eficiencia económica en salud. Conferencia Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 30(2), 179-183.
- Gálvez, A. (2010). Economía y salud en el camino hacia la eficiencia. Rev Cubana Salud Pública.
- García, H.; Díaz, P., Ávila, D. & Cuzco, M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. Anales de la Facultad de Medicina, 76(spe), 7-26.

- Giovanella, L., Feo, O., Faría, M., & Tobar, S. (2012). Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integridad y la equidad, Rio de Janeiro, Brasil: ISAGS, UNASUR.
- Giraldo, A. (2013). Propuesta de un Esquema Institucional para la Gestión de proyectos de Asociación Público Privada en infraestructura: Caso Colombiano. (Tesis para optar al grado de Magister en Administración). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Gómez, L. & Rojas, C. (2018). Tipologías Contractuales de Asociaciones Público-Privadas, Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás de Bogotá.
- Gonzales, J. (2006). Contrato de colaboración Público-Privada. Revista de Administración Pública ISSN: 0034-7639, núm. 170, Madrid, mayo-agosto (2006), p. 7-39
- Gregori, A. (2013). La provisión de servicios sanitarios en el ámbito público: una revisión crítica en torno al concepto de cuasimercado. Revista Internacional de Organizaciones, N° 11, p.191–212.
- Grijalva, P. (2012). Estudio de caso: Análisis del diseño del modelo de gestión público privado en los almacenes y farmacias de ESSALUD en Lima. Lima, 2012. (Tesis para obtener el grado de Magister en Gestión Pública). Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Guerra, G. & Picasso, G. (1997). Entre Costos y beneficios El Análisis Económico del Derecho en Perspectiva. Revista Athedra-Espíritu del Derecho N° 1-año 1.
- Guzmán, C. (2002). Foro Jurídico Revista de Derecho. Las teorías existentes sobre servicio público. Revista de Derecho Foro Jurídico N° 01.

Huerta, F. (2017). Estructuración de Proyectos y Riesgos en Asociación Público-Privada. Instituto de Economía y Empresa. Recuperado de [http://www.iee.edu.pe/doc/publicaciones/articulos/77--2017\\_09\\_estructuracion\\_Proyectos\\_y\\_Riesgos-APP-IEE.pdf](http://www.iee.edu.pe/doc/publicaciones/articulos/77--2017_09_estructuracion_Proyectos_y_Riesgos-APP-IEE.pdf)

Ildarraz, B. (2005). Notas conceptuales de la contratación administrativa de servicios públicos y sus contornos dentro de la globalización, en Eduardo Mertehikián, director, Doctrina RAP, N° XXVI-2, Ediciones RAP, Buenos Aires, p. 227.

Instituto Peruano de Economía (2018). Índice de Competitividad Regional - INCORE 2018. Lima, Perú. Recuperado de <http://www.ipe.org.pe/portal/wp-content/uploads/2018/06/%C3%8DNndice-DE-COMPETITIVIDAD-REGIONAL-INCORE-2018-versi%C3%B3n-final.pdf>

Giovanella, L.; Feo, O.; Faria, M. & Tobar, S. (2012). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud ISAGS. Recuperado de <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/bb8ling2anx9red-ilovepdf-compressed.pdf>

Jaramillo, A. & Ruales, J. (2008). Módulo 3, Desempeño y resultados del sistema de salud. Curso virtual Funciones Esenciales de Salud Pública.

Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública, 30(1) Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&tlng=es)

- Jorge, M.; Huasasquiche, T.; Salazar, M. y Taber, S. (2018). Gestión eficiente de la Atención Primaria de Salud en el primer nivel de atención y su impacto en el nivel de satisfacción de los usuarios: Caso EsSaud. (Tesis para obtener el grado de Magister en Administración de empresas). Lima, Perú: Universidad de Ciencias Aplicadas.
- Kresalja, B. (1999). El rol del Estado y la gestión de los servicios públicos. *Themis* 39, p.47-48.
- Lazo, O., Alcalde, J., & Espinosa, O. (2016). El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú, REP SAC Editorial.
- León F. (2014). El derecho a la salud en la jurisprudencia del TC peruano, *Pensamiento Constitucional* N° 19, 2014 / ISSN 1027-6769.
- Libro Verde de la Comisión Europea sobre la colaboración público-privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y la comisión, COM (2004) 327, pág. 3.
- Linares, J. (1986). *Derecho Administrativo*. Buenos Aires, Astrea, p. 512.
- Mezones, E., Díaz, R., Castillo, J., Jerí, María., Benites, V., Marquez, Edith., López, C., & Miyahira, J. (2001). Calidad en los servicios de salud: ¿Es posible? *Revista Médica Herediana*, 12(3), 75-77.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2017) *Acerca de la Inversión Privada*. Perú Recuperado de <http://www.mef.gob.pe/es/acerca-de-las-asociaciones-publico-privadas-apps>.
- Ministerio de Salud (2017). Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos



- Humanos en Salud Lima: Ministerio de Salud; 2017. 60 p.; ilus., tab., graf.; (Serie Bibliográfica Información de Recursos Humanos en Salud; N°24. Recuperado de <http://files.minsa.gob.pe/s/ppcOSR2V10h7bXR#pdfviewer>
- Ministerio de Salud (2007). Resolución Ministerial N°456-2007-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Acreditación de los Servicios de Salud NTS 050-MINSA/DGSP-V.02. Recuperado de [http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/acreditacion\\_2007.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/acreditacion_2007.pdf)
- Ministerio de Salud (2006). Resolución Ministerial N° 980-2006-MINSA que aprueba la Norma Técnica Categorías de Establecimientos de sector Salud NTS 021-MINSA/DGSP-V.02. Recuperado de <http://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/servicios/PNCEV02.pdf>
- Ochoa, C. (2013). Artículo Revista PUCP. El servicio público en la Constitución Peruana de 1993. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Páez, P. & Silva, J. (2010). Las teorías de la regulación de los servicios públicos. Administración & Desarrollo 38 (52): 39-56.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. Journal of Marketing, 49 (4), 41-50
- Parrado, S., Del Pino, E., Molina, I., & Colino, C. (2007). Avances y obstáculos en el fortalecimiento del Estado en Centroamérica y República Dominicana: Un análisis de la capacidad institucional, la reforma de la Administración y la gestión pública, Madrid, España: Instituto Nacional de Administración Pública.

- Pérez, A. (2015). El Contrato de Concesión de Servicios Públicos Como Contrato “de Larga Duración”. *Revista Derecho & Sociedad* N° 45 81-89.
- Philipps, F. (2016). Promoción de los derechos en salud en Perú: una aproximación desde la perspectiva de acción de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 520-528.
- Picazzo, E.; Gutiérrez, E.; Infante, J. & Cantú, P. (2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 19(37), 253-279.
- Picazzo, E. (2012). Acceso a la Salud, equidad y sustentabilidad: caso aplicado para el Estado de Nuevo León. Tesis (Doctor en Ciencias Sociales con Orientación en Desarrollo Sustentable) UANL, 2012.
- Pizarro, W., & Alatrística L. (2016). Efectividad de las Asociaciones Público-Privadas como mecanismo de competitividad en el ámbito de mayor incidencia regional 2010-2015. Lima, 2016. (Tesis para obtener el Grado de Magister en Gestión Pública). Lima, Perú: Universidad San Ignacio de Loyola.
- Presidencia de la República (2018) Decreto Supremo N° 240 -2018-EF Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362 que regula la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público-Privadas y Proyectos en Activos. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 30 de octubre del 2018. Perú.
- Presidencia de la República (2014) Decreto Supremo N° 031 -2014-SA Reglamento de

- Infracciones y Sanciones de Susalud. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 06 de noviembre del 2014. Perú
- Puente, V. (2018). ¿Categorizar o acreditar? He ahí el dilema en el sector salud. Revista digital Conexión ESAN.
- Quijano, O. & Munares, O. (2016). Protección de derechos en Salud en el Perú: Experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- Quijano, O. (2015). Revista Derecho & Sociedad, N° 45 , Octubre 2015 / ISSN 2079- 3634.
- Ramiro, M. & Lobo F. (2010). La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24(Supl. 1): 120-  
Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.rae.es/>.
- Reyna, L., & Ventura, K. (2008). Los Servicios Públicos en el Perú: Una visión preliminar. Actualidad de los servicios públicos en Iberoamérica. España: Universidad Nacional Autónoma de México, p. 589-600.
- Ruiz, A., Sarmiento, C., & Sota, G. (2017). Principales condiciones necesarias para la implementación de una asociación público-privada del sector salud en el Perú. (Tesis para obtener el título en Licenciado en Gestión). Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ríos, B. (2018) Las razones jurídicas de la eliminación de facultades a Susalud.

Conexión Vida. Recuperado de: <http://conexionvida.net.pe/2017/01/18/las-razones-juridicas-de-la-eliminacion-de-facultades-a-susalud/>.

Robles, L., (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. Anales de la Facultad de Medicina, 74(1), 43-48. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832013000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100009&lng=es&tlng=es)

San Miguel, W. (2002). Entes reguladores de los servicios públicos. Revista Ciencia y Cultura, (10), 79-91. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-33232002000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232002000100010&lng=es&tlng=es)

Seguro Social de Salud (2016). Asociaciones Público-Privadas, experiencia de la Bata Blanca 2012-2016. Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos. Recuperado de [https://www.academia.edu/28687254/Asociaciones\\_P%C3%BAblico\\_Privadas\\_Experien cia\\_de\\_la\\_bata\\_blanca\\_de\\_ESSALUD?auto=download](https://www.academia.edu/28687254/Asociaciones_P%C3%BAblico_Privadas_Experien cia_de_la_bata_blanca_de_ESSALUD?auto=download).

Seguro Social de Salud (2014). Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 y modificatorias que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud. Recuperado de [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/ROF\\_Institucional\\_Sistematizado\\_20022018.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/ROF_Institucional_Sistematizado_20022018.pdf)

Sen, A. (2000). Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza

Sen, A. & Nussbaum, M. (1993). La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica.

- Senlle, A. (2007). *Gestión Estratégica de RRHH para la calidad y excelencia*. Madrid, España: Asociación Española de Normalización y Certificación: 17-20.
- Serra, A. (1965). *Derecho Administrativo*. México, Lib. de M. Porrúa, 122.
- Setó, D. (2004). *De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente*. Madrid, España: ESICEditorial, 2004. 16-20.
- Torres, C. (2015). *Efectos de la pérdida de Infraestructura hospitalaria sobre la calidad del servicio de salud (Tesis para optar el grado de Magister en análisis económico)*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Trelles, O. (2002). El contrato administrativo, el contrato ley y los contratos de concesión de los servicios públicos. *Revista Themis 44 Análisis económico del derecho*. 237-250.
- Urbanos, R. (2010). La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.*2010;24(Supl 1):7-11.
- Valera, G. (2014). *Las alianzas Público-Privadas como método de atracción de inversiones a Largo Plazo al país*. Guatemala de la Asunción, 2014. (Tesis para obtener el grado de Magister en Derecho Corporativo. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Vargas, V.; Valecillos, J. & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales versión en línea* 2013, XIX. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005>.
- Vasallo, J. (2018). *Asociación Público-Privada en América Latina: Afrontando el reto de conectar y mejorar las ciudades*. Bogotá, Colombia: CAF Banco de Desarrollo de América Latina.

Vera, R. (2015). Los beneficios sociales de un proyecto de inversión pública (PIP). Revista Actualidad Gubernamental, N.º 81.

World Bank Group, WBG. (2017). Acerca de las Asociaciones Público Privadas. Recuperado de <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/asociaciones-publico-privadas/definicion>.

## IX. ANEXOS

### Anexo 01 FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

**“Asociaciones Público Privadas (APP) y su relación con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: "Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente”**

**Datos del encuestado :** (Anónimo)

**Edad:**

**Género:**

**Funcionario y/o profesional ( ) Médico ( ) Otro personal asistencial ( )  
Paciente ( )**

ITEM	PREGUNTA	SI	NO	N/S	N/O
1	Conoce usted que es una Asociación Público Privada, y que relación tiene con el Seguro Social de Salud, Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?				
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA EN SALUD</b>					
<b>DIMENSIÓN: INVERSIÓN PRIVADA</b>					
2	¿Conoce usted la diferencia entre concesión y privatización, respecto a Asociaciones Público Privadas en el Seguro Social de salud?				
3	¿Piensa usted que la inversión privada es un factor que favorece el crecimiento económico del país, y fomenta el desarrollo de las APPs en el Seguro Social de Salud?				
4	¿Considera usted que la inversión privada reduce las brechas de acceso a la salud (infraestructura y atención médica) con más hospitales construidos mediante APP en el Seguro Social de Salud?				
<b>DIMENSIÓN: MARCO INSTITUCIONAL</b>					
5	¿Conoce usted un marco normativo que contenga leyes que fomenten la ejecución de proyectos de APP?				
6	¿Conoce usted que las reformas institucionales, llevadas a cabo por los gobiernos de turno han mejorado el marco institucional, potenciando el desarrollo de las APP en el Seguro Social de Salud?				
7	¿Existe un marco normativo que regule los servicios de salud, y establezca el rol supervisor del Estado, sobre los contratos de APP?				
<b>VARIABLE DEPENDIENTE: SERVICIO EFICIENTE</b>					
<b>DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO</b>					
8	¿Cree usted que los procesos del trabajo en equipo, tienen repercusión en la evaluación del desempeño, para el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud?				
9	¿Cree usted que el buen trato incide positivamente en el servicio eficiente del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?				
10	¿Considera usted que la evaluación del desempeño es un factor que incide positivamente en el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud?				
<b>DIMENSIÓN: CALIDAD</b>					

11	¿Cree usted que la entrega de medicamentos es oportuna, y mejora la atención de salud de los asegurados adscritos al Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente del Seguro Social de Salud?				
12	¿Considera usted que el mejoramiento continuo incide en forma relevante en el servicio eficiente del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente del Seguro Social de Salud?				
13	¿Cree usted que la acreditación de los Establecimientos de Salud, repercute en la calidad de servicio del Seguro Social de Salud?				
14	¿Cree usted que los procesos de citas por médico tratante, incide positivamente en la calidad del servicio del Seguro Social de Salud?				
15	¿Considera usted que la atención médica recibida en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud es brindada con calidad y eficiencia?				
16	¿Considera usted que el servicio de ayuda al diagnóstico es brindado adecuadamente, con oportunidad en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud?				
17	¿Considera usted que los procesos automatizados, como la historia clínica electrónica incide en la calidad del servicio del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud?				
18	¿Considera usted que el servicio eficiente de las APPs es el resultado de la evaluación del desempeño y calidad en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del Seguro Social de Salud?				
19	¿Considera usted que las APP mejoró la eficiencia del servicio en el Seguro Social de Salud?				



## Anexo 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
TITULO : Asociaciones Público Privadas (APP) y su relación con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso "Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente"				
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	VARIABLES	DIMENSIONES
¿En qué medida, las Asociaciones Público-Privadas (APP) se relacionan con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?	Analizar y determinar cómo las Asociaciones Público-Privadas (APP) se relacionan con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.	Las Asociaciones Público Privadas (APP) se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente	<u>VARIABLE INDEPENDIENTE:</u> <u>ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS</u>	X1 Inversión Privada X2 Marco institucional
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		
¿En qué medida, la inversión privada se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?	Determinar de qué manera la inversión privada se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.	La inversión privada se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.	<u>VARIABLE DEPENDIENTE :</u> <u>SERVICIO EFICIENTE</u>	Y1 Evaluación de desempeño Y2 Calidad
¿De qué manera, el marco institucional se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente?	Determinar de qué manera el marco institucional se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.	El marco institucional se relaciona con el servicio eficiente en el Seguro Social de Salud, en el Distrito de Villa María del Triunfo, Lima, período 2017: Caso Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.		